



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO.

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE
ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA I-
III AÑO, UNAN-MANAGUA. FEBRERO - MARZO 2020**

AUTORES:

Bra. Alisson Massiel Gadea Gutiérrez.

Br. Néstor Moisés Cáceres Castro.

TUTOR CIENTIFICO:

MD. MSC. José Ángel Méndez.

TUTORA METODOLÓGICA:

MD. MSC. Ximena Gutiérrez.

Managua, marzo 2020.

Dedicatoria

A Dios, por brindarnos la sabiduría, paciencia y resiliencia para llegar a este momento tan importante en nuestra carrera profesional.

A nuestros padres, por su esfuerzo y gran apoyo a lo largo de nuestras vidas, por su incansable formación que nos inspira a ser mejores.

Agradecimientos

Agradecemos a Dios, dador de vida, que nos ha permitido con amor y honestidad culminar este trabajo monográfico.

A nuestros padres, por ser un pilar que ha sustentado nuestra formación académica.

A nuestros tutores, por su incansable y arduo trabajo, por su infinito apoyo y por brindarnos los mejores consejos que han permitido el enriquecimiento científico y metodológico de este trabajo.

A los estudiantes, por su entusiasta colaboración y entera disposición que ha facilitado la aplicación de este estudio con el fin de mejorar en ámbitos académicos.

OPINION DE LA TUTORA

Según la Organización Mundial de la Salud la anticoncepción de emergencia puede prevenir más del 95% de los embarazos cuando se utiliza correctamente. Es un método que debe ser utilizado en circunstancias particulares: después de una relación sexual sin protección, agresión sexual y ruptura del condón. Su prescripción debe ser realizada por el personal de salud, como parte de los derechos de las mujeres en edad reproductiva.

Diversos estudios han demostrado que existen muchos mitos relacionados con este método lo que puede limitar su uso o el uso incorrecto particularmente por jóvenes, cuestionando su eficacia.

El presente estudio, realizado por la Bra. Allison Massiel Gadea Gutiérrez y el Br. Néstor Cáceres Castro tiene gran relevancia debido a que nos permite identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de medicina en los primeros años de la carrera, quienes en un futuro brindarán atención a la población, haciendo frente a uno de los principales problemas que se presenta en adolescentes y jóvenes como es el embarazo a temprana edad.

Tanto la Bra. Gadea Gutiérrez y el Br. Cáceres Castro han demostrado entrega, trabajo en equipo, disciplina, compromiso, orden, minuciosidad científica, capacidad de análisis y han sido receptores críticos en el proceso de investigación, por lo que el estudio cumple con los criterios metodológicos para ser presentado. ¡Ha sido un privilegio ser tutora de estudiantes con alta calidad técnica y compromiso! El aprendizaje ha sido un proceso enriquecedor mutuo, por lo que les motivo a seguir adelante con las habilidades que han logrado fortalecer en este periodo de investigación.


Dra. Ximena Gutiérrez Gómez
Magíster Salud Pública

Resumen

En Nicaragua la anticoncepción de emergencia es un método muy popular, se utiliza frecuentemente por jóvenes como un método de planificación periódica, en algunos casos con poca información. Por eso se planteó evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas en estudiantes de medicina de primero a tercer año quienes serán los próximos educadores y proveedores de salud. El estudio es descriptivo, de corte transversal, con enfoque mixto, realizado en 285 estudiantes de primero a tercer año. Entre los principales resultados destaca que las edades oscilan entre 17 y 19 años, predominando el sexo femenino (62.8%), la mayoría de religión católica, provenientes del casco urbano y solteros. El 92.6% de los encuestados han escuchado hablar sobre este tema, siendo las redes sociales la mayor fuente de información (79.5%). El mayor conocimiento estuvo relacionado con las indicaciones y los efectos colaterales; sin embargo según el puntaje asignado el conocimiento prevaleciente fue deficiente (47%), particularmente en el mecanismo de acción. El 62% mostró una actitud favorable, que se enfatizó mediante los grupos focales mencionando que es un método aceptado y utilizado. En cuanto a la práctica, el 61.1% del total de estudiantes no había iniciado actividad sexual; de los que ya habían iniciado (38.9%) más del 70% había utilizado alguna vez el método, lo que según los criterios establecidos para fines de esta investigación el 67% tuvieron una práctica sin riesgo y el 33% fue clasificado con prácticas de riesgo. En conclusión el conocimiento fue deficiente, la actitud favorable y la práctica sin riesgo. Se recomienda promover actividades extra clases para debatir sobre temas de salud sexual y reproductiva que son de interés para los estudiantes, así como difundir información a través de plataformas como las redes sociales.

Contenido

I.	Introducción.....	1
II.	Antecedentes.....	2
III.	Planteamiento del problema.....	5
IV.	Justificación	6
V.	Objetivos:	7
VI.	Marco Teórico.....	8
	Estudios CAP	8
	1. Conocimientos	8
	2. Actitudes	8
	3. Prácticas	9
	Planificación Familiar	9
	1. Planificación Familiar	9
	2. Anticoncepción	10
	3. Definición de Anticoncepción de emergencia.....	10
	4. Clasificación de los métodos de anticoncepción de emergencia.....	10
	5. Mecanismo de Acción de los métodos de anticoncepción de emergencia.....	11
	6. Forma de administración.....	13
	7. Indicaciones.....	14
	8. Contraindicaciones.....	15
	9. Eficacia.....	16
	10. Reacciones adversas	17
	11. Esquemas y métodos disponibles en Nicaragua.	18
	Mitos más frecuentes de la anticoncepción de emergencia.	18
VII.	Diseño Metodológico	21
VIII.	Resultados	38
IX.	Discusión y análisis	45
X.	Conclusiones.....	50
XI.	Recomendaciones.....	51
XII.	Bibliografía	52
	Anexos.....	55

I. Introducción

La anticoncepción de emergencia (AE) son métodos de prevención del embarazo que actúan dentro del plazo de varias horas o pocos días después de haber tenido una relación sexual sin protección. Existen diferentes métodos para la anticoncepción de emergencia: hormonales, dispositivos intrauterinos. Todos deben considerarse como un procedimiento de emergencia (MINSA, 2008).

A nivel mundial, la evidencia acerca de los conocimientos y el uso de anticoncepción de emergencia a partir de datos poblacionales es limitada, a pesar de que dicha información sería útil para aumentar el acceso al método. En 1995 la fundación Rockefeller convocó a una reunión en Bellagio, Italia, para discutir el uso de anticoncepción de emergencia en países en vías de desarrollo, en donde se reconoció que el acceso a estos métodos disminuiría significativamente los embarazos no deseados.

Nicaragua es el país con la mayor proporción de embarazos adolescentes a nivel latinoamericano, con tasas de 24.4% de embarazos en adolescentes, por lo tanto resulta fundamental una opción como la anticoncepción de emergencia, pues está bien demostrado que el uso correcto de estos métodos pueden contribuir a evitar los embarazos no deseados en caso de no uso de métodos anticonceptivos regulares, conocimiento insuficiente, falla de éstos o violencia sexual (OMS, 2018).

La capacitación acerca de estos métodos ha sido prioridad para el Ministerio de Salud de Nicaragua, estos esfuerzos se han enfocado en el personal de salud y el personal de farmacia con el objetivo de aumentar la disponibilidad y aceptación de estos métodos que han sido reconocidos como un derecho sexual y reproductivo de las mujeres y una manera de reducir las tasas de natalidad en grupos de riesgos, así como la morbilidad relacionada con el aborto.

Surge entonces, el interés en el estudio de este tema desde la perspectiva de los estudiantes de medicina, pues desde los primeros años de carrera ejercen un contacto directo con la población en el área de promoción en salud, lo cual exige un amplio conocimiento en el tema por parte de ellos.

II. Antecedentes

A nivel internacional:

En el 2017, se realizó un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento, las actitudes y las prácticas acerca de la anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, Perú. Con una muestra de 133 estudiantes medicina. Obteniéndose como resultado que: el 55% (73 estudiantes) presentó un nivel de conocimiento medio sobre la anticoncepción oral de emergencia, el 23% (31 estudiantes) presentó un nivel de conocimiento bajo y el 22% (29 estudiantes) presentó un nivel de conocimiento alto. El 63% (83 estudiantes) obtuvo una actitud de indecisión frente a este, el 23% (31 estudiantes) obtuvo una actitud de aceptación y el 14% (19 estudiantes) obtuvo una actitud de rechazo hacia este método. Del 61% (81 estudiantes) que ya iniciaron sus relaciones sexuales, el 42% (56 estudiantes) respondieron que sí usaron la AOE. Del total de estudiantes el 62% recomendó su uso (82 estudiantes) (Flores, 2017).

En el año 2018, se estudió sobre la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas del uso de anticoncepción de emergencia en mujeres en edad fértil que acuden a la botica "Mi Doctor", Los Olivos. Constó de una muestra de 201 mujeres, obteniéndose como resultado que la edad promedio de las encuestadas fue de 30 años, mínima fue de 20 y máxima 45. El 70,1% (141) tuvo un nivel educativo superior y el 29,9% (60) secundario, el conocimiento en el uso de anticonceptivos de emergencia fue de 4,8 nivel bajo, practicas inadecuadas, mientras que sus actitudes fueron positivas en un 86,1% (173). Así mismo, se encontró que existe una correlación positiva baja entre el conocimiento y prácticas, correlación de conocimientos y actitudes negativa baja y no existe relación entre prácticas y actitudes (Escudero & Morales, 2018).

Otra de las más recientes investigaciones tuvo lugar en La Habana Cuba, donde se planteó como objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre la anticoncepción hormonal de emergencia en un grupo de estudiantes de la carrera de Medicina. Se aplicó una encuesta anónima a 164 alumnos que hicieron su rotación de Ginecobstetricia del cuarto año de la carrera en el Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro" de La Habana, Cuba.

Se obtuvieron como resultados que de los 164 encuestados, 90 fueron mujeres y 74 varones, las edades oscilaron entre 21 y 26 años, siendo los alumnos de 22 años los más representados. Solo 51% de los encuestados con predominio del sexo femenino demostró

tener conocimientos sobre la anticoncepción hormonal de emergencia. La principal vía por la que obtuvieron la información fue a través de trabajadores de la salud. Concluyendo que existen escasos conocimientos sobre anticoncepción de emergencia, su mecanismo de acción, efectos secundarios y su disponibilidad, lo que puso de manifiesto la necesidad de trabajar más la educación sexual de los futuros médicos (Sili & Peláez, 2018).

A nivel Nacional:

Se hizo una revisión exhaustiva de todos los estudios hechos en el país sobre este tema, encontrando que los más recientes fueron realizados en las fechas que se citan a continuación:

En enero del año 2014, indagaron sobre los Conocimiento, Actitudes y Practicas sobre Anticoncepción de emergencia en estudiantes de IV y V año de la carrera de medicina UNAN-Managua; el estudio arrojó como resultados que del total de la población en estudio 114 encuestados oscilan entre los 19 a 25 años, 6 personas son menores de 19 años y 13 son mayores a 25 años.

De estos 133 individuos 85 encuestados son de sexo femenino y 48 son del sexo masculino. El nivel de conocimiento presentado por los encuestados fue de un 97% entre buenos y regular. Y existe una actitud negativa hacia los AE entre la población sexualmente activa. La práctica en general es riesgosa (Estrada, Corea, & Acevedo, 2014).

En el año 2014, se realizó una investigación sobre los conocimiento, actitudes y prácticas sobre el uso de Levonorgestrel como método anticonceptivo de emergencia de las estudiantes de la carrera de Química-Farmacéutica, departamento de Química, Recinto universitario “Rubén Darío” UNAN-Managua del 1 de octubre al 31 diciembre del 2014.

La población fue constituida por 180 estudiantes, de los cuales se obtuvo que las edades oscilaban entre 19 a 21 años con un 71% (87), de 16 a 18 años un 22% (27) y de 22 a 24 años un 6% (7), estado civil de soltero con 92% (106).

La minoría de la población hace uso de levonorgestrel, pero de manera inadecuada. Además, presentaron poco conocimiento acerca las presentaciones de levonorgestrel disponibles como método anticonceptivo de emergencia y como puede afectar el uso recurrente en la salud. Y en cuanto a la actitud ante la práctica de anticoncepción de emergencia, las estudiantes demostraron una actitud negativa señalada por el desinterés

que mostraron sobre el uso adecuado de la píldora de levonorgestrel (Blandon & Sandino, 2014).

En el año 2015 un estudio en 68 estudiantes femeninas de quinto año de las carreras de enfermería del Instituto Politécnico de la Salud “Dr. Luis Felipe Moncada” POLISAL UNAN – Managua tuvo como objetivo analizar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia Levonorgestrel.

Se obtuvieron como principales resultados que la edad mayoritaria fue entre 21 a 29 años, predominaron las solteras, siendo del sector urbano y la mitad son católicas. La mayoría tiene conocimiento acertado al tipo de anticonceptivo que pertenece, efecto deseado, frecuencia y efectos secundarios. La mitad conoce las circunstancias correctas que se debe usar. Tienen muy poco conocimiento en contraindicaciones y el tiempo de toma para una mayor eficacia.

Tienen actitudes adecuadas: lugares confiables para información, no las protege de las enfermedades de transmisión sexual, frecuencia y no es un método planificación familiar. Tienen actitudes inadecuadas: contraindicación, eficacia y efectos secundarios.

La mitad de las encuestadas han utilizado esta píldora anticonceptiva de emergencia. Estas han tenido una práctica adecuada respecto a que lo han utilizado para evitar un embarazo y en las circunstancias correctas. Han tenido práctica inadecuada respecto al tiempo de toma para mayor eficacia y en la frecuencia de uso (Ruiz, 2015).

III. Planteamiento del problema

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57.4% en 2015 (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2018).

A nivel latinoamericano, Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos no deseados. El 24.4% de los embarazos son de adolescentes, es decir, 92 de cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años ya son madres (CODENI, 2017).

Un elevado porcentaje de mujeres (99.6%) confirman haber escuchado la existencia de algún método anticonceptivo; sin embargo, solo el 53% mencionó conocer la existencia de PPMS (píldora para la mañana siguiente) como anticoncepción de emergencia. El nivel de conocimiento sobre métodos de anticoncepción de emergencia es un requisito previo para su uso y pese al alto porcentaje de conocimientos evidenciados solo el 12% ha utilizado la PPMS (ENDESA, 2012).

En el país existe información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en algunos grupos poblacionales, sin embargo, son muy limitados los estudios que toman como unidad de análisis a estudiantes de medicina, quienes próximos a ser profesionales graduados no son ajenos a esta realidad. Desde tercer año los estudiantes de medicina se vinculan con la comunidad por lo que deberían tener conocimientos apropiados sobre este método. A partir de esta realidad se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre anticoncepción de emergencia en estudiantes de medicina I-III año, UNAN-Managua. Febrero - marzo 2020?

IV. Justificación

En Nicaragua la anticoncepción de emergencia es un método muy popular, es conocido no solo por los proveedores de servicios de salud, sino también por la población en general, además es un método de fácil adquisición que se encuentra disponible en farmacias y en unidades de salud, también está incluido en la norma de planificación familiar NO 002.

El acceso a la anticoncepción de emergencia ha sido reconocido como un derecho sexual y reproductivo de las mujeres y una manera de reducir los embarazos no deseados y por consecuencia, la morbilidad y mortalidad.

El conocimiento consta de verdades y creencias, perspectivas y conceptos, juicios y expectativas; y aunque exista un conocimiento general sobre la existencia de métodos anticonceptivos de emergencia, las tasas de fecundidad en aumento orientan un uso incorrecto, lo cual pone en duda el fundamento de este conocimiento. Por esta razón, se necesita identificar de dónde vienen las ideas que adquiere la población para poder modificar conductas.

La realización de esta investigación es pertinente dado que está en correspondencia con una de las normativas institucionales, como es la normativa N° 002 de planificación familiar y cobra mayor relevancia si se realiza en los futuros proveedores de servicios de salud, desde etapas iniciales de la carrera que permita identificar los conocimientos, actitudes y practicas sobre la anticoncepción de emergencia debido al contacto que tienen con la comunidad y a su función de promover la salud y educar a la población.

Los resultados de este esfuerzo investigativo, tienen utilidad teórica ya que llenara vacíos de conocimientos relacionados con el tema y aportará información con la que será posible identificar los puntos débiles que tienen los estudiantes en relación al tema, que puede servir como punto de partida para mejorar la preparación de los mismos y en un futuro crear e implementar estrategias extra clases para mejorar el acceso a la información sobre temas de la vida cotidiana que son de interés en los estudiantes y que pueden afectar su rendimiento académico. Además, puede servir de referencia para futuras investigaciones.

V. Objetivos:

Objetivo general:

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre anticoncepción de emergencia en estudiantes de medicina I-III año, UNAN-Managua. Febrero - marzo 2020

Objetivos específicos:

1. Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.
2. Identificar las fuentes de información sobre anticoncepción de emergencia.
3. Evaluar los conocimientos que tienen los estudiantes participantes en el estudio.
4. Explorar las actitudes sobre la anticoncepción de emergencia.
5. Reconocer las prácticas que tiene la población estudiada.

VI. Marco Teórico

Estudios CAP

1. Conocimientos

El conocimiento, tal como se le concibe hoy, es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprender su mundo y realizarse como individuo, y especie.

Basados en el desarrollo del hombre, al conocimiento se le caracteriza siguiendo el medio con que se le aprende; así, al conocer obtenido por la experiencia se le llama conocimiento empírico y al que procede de la razón, conocimiento racional. Ambas son etapas o formas válidas para conocer. (Ramírez, 2009)

El conocimiento consta de verdades y creencias, perspectivas y conceptos, juicios y expectativas, metodologías y saber cómo, y lo poseen los seres humanos, agentes y otras entidades activas y se usa para recibir información (datos, noticias y conocimientos), reconocerla, identificarla, analizarla, interpretarla y evaluarla; sintetizarla y decidir; planificar, implementar, monitorizar y adaptar; es decir, actuar más o menos inteligentemente. En otros términos, el conocimiento se usa para determinar que significa una situación específica y cómo manejarla (Martinez, 2010).

2. Actitudes

Se acepta que una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o una situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada (Rokeach, 1968).

En la definición anterior hay que destacar cinco ideas o aspectos: Las creencias son la base de las actitudes, las actitudes se pueden referir a objetos y situaciones, las actitudes son predisposiciones a actuar a partir de la experiencia, son predisposiciones que necesitan de estímulos socio - culturales y el núcleo de estas predisposiciones lo constituyen los valores que orientan el comportamiento y son la fuerza motivacional.

La actitud es social porque se aprende o adquiere en el proceso de socialización, es decir, se suele compartir con otras personas y se refiere a objetos de naturaleza y significados social. Como resultado del proceso de socialización las actitudes pueden modificarse y ser el resultado de un cambio social, desempeñando un papel importante en el

funcionamiento psicológico de las personas, de manera que tienen la capacidad de insertar al individuo en su medio social.

3. Prácticas

La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos, en otras palabras, se considera como práctica la acción de aplicar o poner en uso algo que se ha aprendido. El término siempre tiene que ver con la noción de algo que se realiza, que se lleva a cabo y que requiere determinado conocimiento o constancia para que los resultados sean los esperados. Este concepto es importante dentro de la planificación familiar y el uso de anticoncepción de emergencia, ya que las buenas o malas prácticas que dependen del conocimiento de los jóvenes, repercute en la eficacia de los métodos de planificación familiar (Cassigoli, 2016).

Planificación Familiar

1. Planificación Familiar

Es el derecho que tiene la pareja e individuo de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los métodos para concretar sus deseos y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductiva.

La OMS detalla que la planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva (OMS, 2018).

Al hablar de planificación familiar, encontramos una variedad de métodos que evitan embarazos no deseados y que además protegen de enfermedades de transmisión sexual. El uso de preservativos de hombre o mujer, DIU de levonorgestrel, y parches anticonceptivos son algunos ejemplos de estos métodos. En la siguiente investigación se aborda este concepto porque a pesar de la existencia de estos métodos en la planificación familiar, podrían llegar a ocurrir errores o accidentes en su uso, lo que conlleva a que las mujeres recurran al método anticonceptivo de emergencia.

2. Anticoncepción

Son los métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. Pueden ser hormonales o no hormonales, transitorios o definitivos, basados en tecnología o en conductas.

Los métodos anticonceptivos tienen distintas características en las que hay que fijarse cuando se elija uno de ellos. Esto es necesario para que el método permita alcanzar las metas reproductivas en forma electiva y segura para la salud y de acuerdo a la situación de vida (OMS, 2018).

3. Definición de Anticoncepción de emergencia.

La anticoncepción de emergencia se refiere a los métodos anticonceptivos que pueden utilizarse para prevenir un embarazo después de una relación sexual. Se recomienda su uso dentro de los 5 días posteriores a la relación sexual, pero cuanto antes se utilicen después de la relación, mayor es su eficacia (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2018).

Son métodos de prevención del embarazo que actúan dentro del plazo de varias horas o pocos días después de haber tenido una relación sexual sin protección. La probabilidad de quedar embarazada por un solo coito sin protección a la mitad del ciclo menstrual es del 2 al 10 % (MINSAL, 2008).

4. Clasificación de los métodos de anticoncepción de emergencia.

La AE se clasifica en métodos hormonales y métodos mecánicos:

a) Métodos hormonales:

En general son píldoras que contienen progestágeno solo, o una combinación de progestágeno y estrógeno, como las hormonas naturales progesterona y estrógeno presentes en el organismo de la mujer. Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) a veces reciben el nombre de píldoras “de la mañana siguiente”, “del día después”, o anticonceptivos postcoitales (MINSAL, 2015).

Hay dos tipos de regímenes de anticoncepción hormonal de emergencia: Píldoras combinadas que contienen estrógeno y progestágeno (Método de Yuzpe) y Píldoras con progestágeno solo o también llamado “Método LNG solo”.

➤ **Hormonales orales combinados:**

Estrógeno + Progestágeno (Método de Yuzpe):

1. Etinilestradiol 50 mcg. + Levonorgestrel 250 mcg. (Neogynon, Eugynon) o Etinilestradiol 50 mcg. + Norgestimato 500 mcg. (Ovral) por vía oral, Tomar en dosis única 4 tabletas o 2 tabletas cada 12 horas. Total 4 tabletas.

2. Etinilestradiol 30 mcg + Levonorgestrel 150 mcg. (Lo-femenal, Microgynon, Nordette) o Etinilestradiol 30 mcg. + Norgestrel 300 mcg. Tomar en dosis única 8 tabletas o 4 tabletas cada 12 horas. Total 8 tabletas.

➤ **Progestágeno solo:**

1. Levonorgestrel 0.03 mg. (Microlut). Por vía oral, tomar en dosis única 50 tabletas o 25 tabletas cada 12 horas.

2. Levonorgestrel 0.0375 mg. (Ovrett). Tomar en dosis única 40 tabletas, o 20 tabletas cada 12 horas. Total 40 tabletas.

3. Levonorgestrel 75 mg (PPMS, Postinor-2). Tomar en dosis única 2 tabletas o 1 tableta cada 12 horas. Total 2 tabletas.

b) Dispositivos intrauterinos:

DIU T de Cobre, aplicar dentro de los primer cinco días posteriores a la relación sexual sin protección (MINSa, 2008).

Consiste en una pieza de polietileno con forma de T, altamente efectivo durante 10 años de colocación intrauterina. Una pequeña cuerda se extiende desde la base del mismo a través del canal cervical y hasta la parte superior de la vagina, su función es permitir una fácil extracción y el chequeo regular de un posicionamiento adecuado. El componente activo consiste en 380mm² de superficie de cable de cobre expuesto (Vargas & Estrada, 2013).

5. Mecanismo de Acción de los métodos de anticoncepción de emergencia.

En cuanto a los métodos hormonales, las PAE funcionan fundamentalmente impidiendo la ovulación. No son eficaces si la mujer ya se encuentra embarazada o si la mujer ya ovuló. Recordar que la ovulación ocurre la gran mayoría de las veces el día 14 del ciclo,

contando como primer día del ciclo el primer día de la última menstruación (MINSA, 2015).

En la actualidad está bien establecido que la AE hormonal actúa a través de distintos mecanismos, principalmente causa inhibición o retraso de la ovulación al interferir con el pico de hormona luteinizante (LH), afectando el proceso de la ovulación, aunque todos los parámetros medidos son normales, el pico de la LH es parcial o totalmente suprimida y la luteinización folicular ocurre parcial o totalmente, dependiendo del momento cuando se administró AE hormonal durante el ciclo menstrual. (Vargas, Ferrer, Tovar, & Macías, 2016)

Período pre – Ovulatorio:

1. Impide o retrasa la ovulación a través de inhibir el desarrollo folicular, la maduración y expulsión del óvulo por parte del ovario. Se pierde la capacidad de llevar a cabo una ovulación adecuada.

Período post ovulatorio:

1. Altera la consistencia del moco cervical (lo vuelve más espeso) impidiendo el pase de los espermatozoides. Interfiere en el transporte y capacitación de los espermatozoides.
2. Altera el tránsito del semen, del óvulo o del huevo cigoto por las trompas.
3. Interfiere en otras funciones hormonales que se producen antes de la fecundación.
4. A nivel de ovario, perturba el cuerpo lúteo, alterando la producción de las hormonas necesarias (progesterona) para que se produzca el embarazo.

Los estudios no son concluyentes sobre si la anticoncepción de emergencia altera el endometrio impidiendo la implantación del óvulo fecundado. Ninguno de los regímenes de la AE interfiere en un embarazo ya establecido, ni puede causar daños al feto.

Actúan antes de la implantación del óvulo fecundado en el útero de la mujer, la AE no causa aborto, previene el embarazo. Según definición Médica, científica técnica, el embarazo comienza cuando el embrión se ha implantado en el útero de la mujer. La anticoncepción de emergencia actúa antes de que se produzca la implantación, antes del comienzo del embarazo (MINSA, 2008).

Otros artículos evidencian disminución del número de espermatozoides con el uso de levonorgestrel. Un estudio in vitro encontró que el LNG afecta directamente la velocidad curvilínea y lineal de los espermatozoides a dosis de 10 y de 100 ng. La velocidad promedio y lineal sólo fueron afectados por 100 ng/mL de LNG. También se ha reportado que no hay diferencias significativas en la cantidad de espermatozoides recuperados del útero en las 24 y 48 horas después del uso de LNG y no se evidencian cambios en la reacción acrosómica. (Suarez, y otros, 2010)

En cuanto al mecanismo de acción del dispositivo intrauterino como anticoncepción de emergencia, este actúa inhibiendo la fecundación, reduciendo el número de espermatozoides que alcanzan la trompa de Falopio en donde se encuentra el óvulo y perturba al mismo tiempo su movilidad. Por lo tanto, la acción básica del DIU es interferir en la fecundación y no en la implantación (MINSA, 2008).

Los iones de cobre a nivel endometrial son tóxicos para el esperma y proveen el efecto anticonceptivo preconcepcional. La inserción de un DIU en la cavidad uterina desencadena de inmediato una respuesta inflamatoria aséptica del endometrio, con un infiltrado leucocitario endometrial, la aparición de fagocitosis de los espermatozoides y la creación de un ecosistema desfavorable para la implantación.

Por otro lado, los DIU de cobre aportan a todo lo anterior un impacto bioquímico y morfológico sobre el endometrio, con la producción de prostaglandinas, la interferencia del metabolismo del glucógeno y el aumento de estrógenos en la mucosa uterina. Además, los depósitos de cobre en el moco cervical producen de por sí una acción espermicida e impiden la capacitación espermática. (Blanco, Martín, Sánchez, & Riberes, 2003)

6. Forma de administración

Hormonales: La toma de AE hormonales debe ser lo más pronto posible, dentro de las primeras 72 horas después del coito sin protección o hasta los primeros cinco días (120 Horas). El riesgo de embarazo aumenta con el tiempo a medida que se demora el tratamiento.

Una vez que ocurrió la nidación endometrial, estos métodos no son eficaces. No deberán administrarse si la mujer ya está embarazada el índice de fallas es de uno en 500 a uno en 1000.

Mecánico: DIU T de cobre debe aplicarse lo más pronto posible o hasta un máximo de 7 días posteriores a la relación sexual sin protección.

El DIU que libera cobre puede resultar particularmente útil cuando la mujer está considerando su uso para una anticoncepción a largo plazo o cuando la mujer ya no puede utilizar los métodos hormonales porque han transcurrido más de 72 horas de la exposición. Se ha reportado este método como altamente eficaz con una tasa de falla inferior al 1%. Al usar un DIU con fines de anticoncepción de emergencia, deben observarse las mismas contraindicaciones que rigen para su uso regular (MINSA, 2008).

Formula	Marca	Dosis cada 12 horas	Dosis Única	Total de dosis	Eficacia en la prevención de emb.	
EE 50 mcg. + LNG 250 mcg. EE50 mcg. + NG 500 mcg.	Neogynon, Eugynon, Ovral.	2 Tb 2 Tb	4 Tb. 4 Tb.	4 Tb. 4 Tb.	74%	
EE 30 mcg + LNG 150 mcg. EE 30 mcg. + NG 300 mcg.	Lo-femenal, Microgynon, Nordette	4 Tb. 4 Tb.	8 Tb. 8 Tb.	8 Tb. 8 Tb.		
LNG 0.03 mg.	Microlut	25 Tb.	50 Tb.	50 Tb.		85%
LNG 0.0375 mg	Ovrett	20 Tb.	40 Tb.	40 Tb.		
LNG 75 mg	PPMS, Postinor-2	1 Tb.	2 Tb.	2 Tb.		
DIU T de Cobre	Inserción en los primeros cinco días posteriores a la relación sin protección				99%	

Tomado de: (MINSA, 2008)

7. Indicaciones

La anticoncepción de emergencia puede utilizarse en diferentes situaciones después de una relación sexual, en particular:

- Cuando no se ha utilizado ningún método anticonceptivo.
- En caso de agresión sexual cuando la mujer no estaba protegida por un método anticonceptivo eficaz.

- Cuando puede haber fallado el método anticonceptivo por uso inadecuado o incorrecto. (OMS, 2018)

La AE es apropiadas en muchas situaciones y puede utilizarse toda vez que la mujer esté preocupada por la posibilidad de quedar embarazada. Por ejemplo, después de:

- Una relación sexual sin protección, preferiblemente antes de las 12 horas. Puede usarse hasta el 4to día después; pero cuanto más temprano se tome después de la relación sexual, mayor es la probabilidad de prevenir el embarazo.
- Después de una Violación (también debe recibir profilaxis para ITS incluyendo el VIH).
- Todo sexo sin protección
- Errores en la anticoncepción, tales como:
 - Se utilizó incorrectamente el condón, éste se salió o rompió
 - La pareja utilizó incorrectamente un método de observación de la fertilidad (por ejemplo, omitió abstenerse o usar otro método durante los días fértiles)
 - El hombre no se retiró como estaba previsto, antes de eyacular
 - La mujer omitió 3 o más píldoras anticonceptivas orales combinadas, o comenzó un nuevo paquete con 3 o más días de demora.
 - El DIU se salió de sitio.
 - La mujer tiene más de 4 semanas de retraso en la inyección de repetición trimestral de AMPD, más de 2 semanas de retraso en la inyección de repetición bimestral de NET-EN, o más de 7 días de retraso en la inyección de repetición mensual (MINSA, 2015).

8. Contraindicaciones

Según la OMS el uso de la anticoncepción de urgencia no tiene ninguna contraindicación médica ni tampoco ningún límite de edad. La OMS no ha establecido ninguna contraindicación al uso de esta pauta (excepto el embarazo, ya que no tiene sentido su uso, porque no surtirá efecto), aunque advierte que se valore la relación riesgo/beneficio en caso de que existan antecedentes de enfermedades cardiovasculares graves, cardiopatía isquémica, migrañas focales agudas o hepatopatías severas. (OMS, 2005)

Recientemente se ha añadido una nueva contraindicación absoluta para la AE con régimen de Yuzpe: el antecedente de migraña con aura, el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists contempla la historia de migraña con aura como contraindicación absoluta y los antecedentes de tromboembolismo como relativa.

En el Método LNG Solo, los preparados específicos para AE no recomiendan su uso en embarazo, hipersensibilidad a la sustancia y sangrado genital anómalo no diagnosticado. Tampoco se recomienda en insuficiencia hepática grave. Como AE puede darse en mujeres con migraña o antecedentes de tromboembolismo. El paso a leche materna es mínimo, no habiéndose notificado efectos secundarios sobre el lactante ni sobre la producción de leche. (Lopez de Castro & Fernandez, 2006)

Las contraindicaciones absolutas para la utilización de DIU son pocas. Embarazo, infección puerperal o post aborto (actual o durante los tres meses previos), sangrado transvaginal anormal no diagnosticado o malignidad del tracto genital, distorsión de la cavidad uterina de manera tal que la vuelva incompatible con la inserción de un DIU, infección de transmisión sexual o cervicitis purulenta activa, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) activa o durante los tres meses previos, alergia a cualquiera de los componentes del DIU, y enfermedad de Wilson. (Vargas & Estrada, 2013)

9. Eficacia

Según la OMS, La anticoncepción de emergencia puede prevenir más del 95% de los embarazos cuando se utiliza dentro de los 5 días posteriores a la relación sexual (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2018).

Si 100 mujeres tuvieran sexo una vez durante la segunda o tercera semana del ciclo menstrual sin usar anticoncepción, probablemente 8 queden embarazadas. Si esas 100 mujeres utilizaran AE de progestágeno solo, probablemente una quede embarazada. Si esas 100 mujeres utilizaran PAE que contienen estrógeno, probablemente 2 queden embarazadas (MINSa, 2015).

El régimen combinado (Yuzpe) tiene una eficacia del 74%. El régimen de la PPMS (Levonorgestrel) reduce la probabilidad de embarazo en un 85%. Esta eficacia es mayor si se administra en las primeras 72 horas después de la relación sexual sin protección. El DIU como AE tiene una eficacia de hasta el 99% (MINSa, 2008).

10. Reacciones adversas

OMS expone que los efectos secundarios derivados del uso de las píldoras anticonceptivas de emergencia son similares a los de las píldoras anticonceptivas orales; náuseas y vómitos, ligero sangrado vaginal irregular, y fatiga. Estos efectos secundarios son poco frecuentes, leves y normalmente se resolverán sin necesidad de ninguna otra medicación (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2018).

Algunas usuarias relatan cambios en los patrones de sangrado, por ejemplo:

- Leve sangrado irregular durante 1 o 2 días después de tomar AE hormonal.
- Menstruación que comienza antes o más tarde de lo esperado.

En la semana después de tomar PAE:

- Náuseas (Las mujeres que utilizan PAE con formulaciones de progestágeno solo, son menos propensas a presentar náuseas y vómitos que las mujeres que utilizan formulaciones de PAE con estrógeno y progestágeno).
- Dolor abdominal
- Fatiga
- Cefaleas
- Sensibilidad en los pechos
- Mareos
- Vómitos

Si al administrar algún método hormonal, la persona experimenta náuseas:

- No se recomienda la utilización de medicamentos anti nauseosos - antieméticos de rutina.
- Las mujeres que han tenido náuseas con un uso anterior de PAE o con la primera dosis del régimen de 2 dosis pueden tomar medicamentos tales como dimenhidrinato 50 mg media a una hora antes de tomar la PAE.

Si experimenta vómitos:

- Si la mujer vomita dentro de las 2 horas posteriores a tomar PAE, deberá tomar una nueva dosis de PAE (MINSA, 2015).

La AE debe usarse solamente en situaciones de emergencia, y nunca como un método regular de planificación familiar, debido a que los efectos colaterales con el empleo de las PAE son más frecuentes e intensos que con las píldoras anticonceptivas de uso rutinario. Los efectos adversos que se pueden presentar por la administración de los AE suelen presentarse en mayor por ciento asociados a las tabletas combinadas, y no ocurren por más de 3 días después del tratamiento. (Barcía, San Cristóbal, & Rodríguez, 2009)

El DIU puede causar de manera inicial un aumento en el flujo menstrual y la dismenorrea, aunque este efecto disminuye, de manera usual, con el tiempo. Las mujeres pueden presentarse cólicos abdominales que pueden tratarse con antiespasmódicos. El dolor presentado ocurre ya sea por el pasaje a través del canal cervical como por contracciones uterinas reflejas posteriores a la colocación del DIU (MINSa, 2008).

11. Esquemas y métodos disponibles en Nicaragua.

Disponible en farmacias privadas:

-Levonorgestrel 1.5 mg: Dosis única, conocida como Píldora Para la Mañana Siguiende (PPMS).

Disponibles en el MINSa:

-Progestágeno de Levonorgestrel: tabletas de 750 µg (microgramos). Dosis: 2 tabletas en dosis única tan pronto como sea posible después de la relación sexual sin protección, preferiblemente antes de las 12 horas.

-Anticonceptivos orales combinados (AOC) se deben tomar tan pronto como sea posible (entre más pronto mejor). Dosis: 8 tabletas en dosis única, si la usuaria no tolera esta dosis, entonces administrar 4 tabletas cada 12 horas por 2 dosis (MINSa, 2015).

Mitos más frecuentes de la anticoncepción de emergencia.

“Las píldoras de anticoncepción de emergencia son abortivas”:

Estas no provocan aborto, no funcionan si la mujer ya está embarazada. Tomadas antes que la mujer ovule, las píldoras de anticoncepción de emergencia (PAE) evitan la liberación del óvulo del ovario o retrasan su liberación entre 5 y 7 días. Para entonces, ya habrán muerto los espermatozoides en el tracto reproductivo de la mujer, ya que los espermatozoides pueden sobrevivir allí durante unos 5 días (MINSa, 2015).

La información científica hasta el presente proporciona evidencia a favor de la acción pre-fertilización de la AHE, y no ofrece evidencia que impida el embarazo por interferencia con la implantación de los huevos fertilizados (Oizerovich & Labovsky, 2012).

“Los métodos de anticoncepción de emergencia hormonales son perjudiciales para el feto si una mujer las toma estando embarazada, pues causan defectos de nacimiento”:

No. Hay buenas evidencias que muestran que las PAE no provocan defectos de nacimiento y que no dañan al feto si la mujer ya está embarazada cuando toma las PAE, o si las PAE no logran evitar el embarazo (MINSa, 2015).

“Se puede usar como método regular anticonceptivo”:

Cuando se recomienda la AE, se le debe informar a la paciente que no es un método que se pueda utilizar rutinariamente como método anticonceptivo, y que esto se debe a que no es un método con un alto grado de efectividad anticonceptiva ya que, como vimos con anterioridad, ésta va a depender, en gran medida, del momento del ciclo en que sea ingerida (Oizerovich & Labovsky, 2012).

Casi todos los otros MAC son más eficaces para evitar el embarazo no deseado. La mujer que utiliza PAE regularmente para anticoncepción es más propensa a un embarazo no deseado que la mujer que utiliza regularmente otro anticonceptivo. No obstante, las mujeres que utilizan otros MAC deben saber acerca de las PAE y cómo obtenerlas si las necesita, por ejemplo, si un condón se rompe o una mujer omite 3 o más píldoras de AOC (MINSa, 2015).

“La venta libre de anticonceptivos de emergencia predispone a su incorrecto uso”:

Tomar las PAE es sencillo y no requiere supervisión médica. Los estudios muestran que las mujeres jóvenes y adultas encuentran que la etiqueta y las instrucciones son fáciles de entender. Las PAE están aprobadas para ventas sin receta o para uso sin receta (MINSa, 2015).

“Si las PAE fallaron al prevenir un embarazo no deseado, tiene mayores posibilidades la mujer de que ese embarazo sea un embarazo ectópico”:

A la fecha ninguna evidencia sugiere que las PAE incrementen el riesgo de embarazo ectópico. Los estudios realizados en todo el mundo sobre PAE de progestágeno solo,

incluyendo una revisión de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, no han encontrado tasas de embarazo ectópico más altas después de fallar las PAE que las encontradas entre los embarazos en general (MINSA, 2015).

“Las píldoras para el día siguiente causa infertilidad y podés quedar estéril”:

Los fármacos utilizados para la anticoncepción de urgencia no dañan la fertilidad futura. Después de tomar píldoras anticonceptivas de urgencia se recupera la fertilidad sin demora alguna (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2018).

“Tomar PPMS causa cáncer”:

Según la OMS los efectos secundarios derivados del uso de las píldoras anticonceptivas de urgencia son similares a los de las píldoras anticonceptivas orales, a saber, náuseas y vómitos, ligero sangrado vaginal irregular, y fatiga. Estos efectos secundarios son poco frecuentes, leves y normalmente se resolverán sin necesidad de ninguna otra medicación. Además, al menos 10 estudios han confirmado que 0,75 mg de levonorgestrel administrados varias veces por ciclo no causan efectos secundarios serios. El efecto secundario más común fue sangrado irregular (Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología, 2013).

VII. Diseño Metodológico

1. Tipo de estudio

Según el nivel de profundidad del conocimiento, el estudio es de tipo descriptivo y tomando en cuenta el tiempo en que se recolecta la información, es de corte transversal. (Piura, 2008) Según el enfoque, el estudio es mixto, CUAN- cualitativo (Sampieri, 2010).

2. Área de estudio

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-Managua, Recinto Universitario Rubén Darío, Facultad de Ciencias Médicas.

La Facultad de Ciencias Médicas es la más importante del país con proyección académica y científica a nivel nacional e internacional, oferta tres carreras de grado, Medicina, Odontología y Optometría Médica, con un total de 2,105 estudiantes para las tres carreras (Pagina Web UNAN-Managua). El total de estudiantes de primero a tercer año de medicina representa el 51.7%.

Una de las asignaturas que forma parte del pensum académico de los estudiantes de medicina es prácticas médicas comunitarias, que es el primer vinculo que estos tienen con la comunidad para realizar acciones de promoción y prevención.

3. Universo

El universo fue de 1,090 estudiantes matriculados en la carrera de medicina que cursaban primero, segundo y tercer año.

4. Muestra:

La muestra fue de 285 estudiantes, con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Calculada con el programa OpenEpi.

- **Tipo de muestreo:**

El muestreo fue probabilístico, aleatorio simple, estratificado, de manera que hubiera representatividad de cada año de la carrera. Se asignó un 26% a cada estrato, en correspondencia a lo establecido por la OMS (Pineda, Alvarado, & Canales, 1994).

Nivel académico	Total de estudiantes	Muestra estratificada
Primer año	359	94
Segundo año	350	92
Tercer año	381	99
Total	1,090	285

5. Criterios de inclusión:

- ✓ Estudiantes de ambos sexos.
- ✓ Que acepten participar en el estudio.

6. Criterios de exclusión

- ✓ Estudiantes que no acepten participar en el estudio

7. Definición y operacionalización de variable

Enunciado de Variables

Objetivo 1: Caracterizar socio-demográficamente a la población en estudio.

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Estado civil
- Procedencia
- Religión
- Número de Hijos

Objetivo 2: Identificar las fuentes de información sobre anticoncepción de emergencia.

- Medio de información.
- Persona de la que obtuvo la información.

Objetivo 3: Evaluar los conocimientos que tienen los estudiantes participantes en el estudio.

- Concepto
- Tipo de métodos de anticoncepción de emergencia.
- Indicaciones de anticoncepción de emergencia.
- Mecanismo de acción
- Forma de administración
- Efectos colaterales
- Distribución de métodos de anticoncepción de emergencia.

Objetivo 4: Explorar las actitudes sobre la anticoncepción de emergencia.

- Aspectos cognitivos
- Aspectos conductuales

Objetivo 5: Reconocer las prácticas que tiene la población estudiada.

- Inicio de la vida sexual
- Uso de anticonceptivos
- Uso de anticonceptivos de emergencia
- Tiempo de uso de anticonceptivos de emergencia post coito.
- Frecuencia de uso de anticonceptivos de emergencia
- Efectos adversos experimentados por el uso de AE
- Lugar de adquisición de los métodos de AE

Operacionalización de variables

Objetivo 1: Caracterizar socio-demográficamente a la población en estudio.

Variable	Definición	Indicador	Escala/ Valor
Edad	Periodo de tiempo, dado en años que tiene el estudiante en el momento de la encuesta.	Años	17 18 19 >20
Sexo	Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer	Fenotipo	-Femenino -Masculino
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante aprueba en un centro educativo	Año de la carrera que cursa	-Primer año -Segundo año -Tercer año
Religión	Conjunto de creencias, mitos o dogmas que se tributan a la divinidad.	Práctica religiosa que profesa	-Ninguna -católico -Evangélico -adventista -Otras
Hijos	Descendencia de los estudiantes de medicina.	Número	-Ninguno -1 -2 -≥3
Estado Civil	Relación del estudiante hacia otra persona que incluye afecto e intimidad.	Relación actual de pareja	-Soltero -Unión libre -Casado -Divorciado -Viudo
Procedencia	Zona geográfica donde proviene el estudiante.	Área geográfica	-Rural -Urbano

Objetivo 2: Identificar las fuentes de información sobre anticoncepción de emergencia.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala/ Valor
Fuentes de información sobre anticoncepción de emergencia de los estudiantes de primero a tercer año de la carrera de medicina.	Medio o persona de donde los estudiantes han recibido información sobre la anticoncepción de emergencia.	Medio de información	-TV -Publicidad -Libros -Revistas -Periódico -Redes Sociales -Otros	-Si -No
		Persona de la que obtuvo la información	-Padres -Pareja -Familiar -Personal de salud -Líder religioso -Otro	-Si -No

Objetivo 3: Evaluar los conocimientos que tienen los estudiantes participantes en el estudio.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala/ Valor
Conocimientos sobre anticoncepción de emergencia que tienen los estudiantes.	Toda idea, noción, información o conceptos adquiridos por los estudiantes en lo que respecta a anticoncepción de emergencia.	Concepto de anticoncepción de emergencia	-Son métodos de prevención del embarazo. -Actúan luego de varias horas de tener relaciones sin protección. -Son métodos abortivos. -No funciona luego de la implantación.	-Si -No
		Tipos	-Hormonales Combinados -Progestágenos solos -Dispositivo intrauterino -Condón -Coito interrumpido	-Si -No
		Indicaciones de AE	-En relaciones sexuales sin protección.	-Si -No

			<ul style="list-style-type: none"> -Falla en el método anticonceptivo o no se usa correctamente. -En víctimas de violación. -En caso de querer interrumpir el embarazo. -Indicadas para uso periódico. - Se pueden indicar si la mujer ya está embarazada 	
		Mecanismo de acción	<ul style="list-style-type: none"> -En el periodo pre- ovulatorio impiden o retrasan la ovulación. -En el periodo post- ovulatorio alteran la consistencia del moco cervical y alteran transito del semen -El DIU inhibe la fecundación. -Una vez el huevo implantado modifican el endometrio impidiendo el embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Si -No
		Forma de administración	<ul style="list-style-type: none"> -Los hormonales dentro de las primeras 72 horas o hasta 5 días postcoito. 	<ul style="list-style-type: none"> -Si -No

			<p>-Los hormonales se pueden tomar en única dosis.</p> <p>-Los hormonales se toman cada 12 horas, en dos dosis.</p> <p>-El DIU debe aplicarse hasta un máximo de 7 día post coito sin protección.</p>	
		Efectos colaterales	<p>-Sintomatología secundaria causada por los métodos de AE hormonales.</p> <p>-Sintomatología secundaria causada por el DIU.</p>	<p>-Si</p> <p>-No</p>
		Distribución de métodos de AE	Lugares en los que se distribuyen.	<p>-C/S</p> <p>-P/S</p> <p>-Farmacias</p> <p>-Hospitales</p> <p>-ONG´s</p> <p>-Otros.</p>

Objetivo 4: Explorar las actitudes sobre la anticoncepción de emergencia.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala/ Valor
Actitudes de los estudiantes sobre la anticoncepción de emergencia.	Es una reacción afectiva positiva o negativa hacia la anticoncepción de emergencia.	Aspectos cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> -Los médicos deben da información sobre AE -Utilizar AE disminuiría las cifras de embarazos adolescentes -Utilizar AE reduciría la cantidad de interrupciones de embarazos -Es un derecho que tienen todas las mujeres -Solo son utilizadas por trabajadoras sexuales -Solo son utilizadas por mujeres jóvenes y solteras. -Causan problemas de infertilidad en el futuro. -Provocan aumento de peso -Pueden provocar alteraciones en la menstruación -Deberían distribuirse en todos los centros de salud y hospitales 	<ul style="list-style-type: none"> -Totalmente de acuerdo -De acuerdo -Indeciso -En desacuerdo -Totalmente en desacuerdo.
		Aspectos conductuales	<ul style="list-style-type: none"> -La utilizaría para interrumpir un embarazo no deseado. -Uso en víctimas de violación. -Uso promueve relaciones sexuales irresponsables. -La utilizan solo las personas promiscuas -Los médicos deben promover la AE 	<ul style="list-style-type: none"> -Totalmente de acuerdo -De acuerdo -Indeciso -En desacuerdo -Totalmente en desacuerdo.

			<ul style="list-style-type: none"> -Sentiría vergüenza de utilizar anticoncepción de emergencia -La recomendaría a familiares y amigos. -Usar AE es pecado -Usar AE es inmoral -La iglesia presenta la AE como un método abortivo 	
--	--	--	--	--

Objetivo 5: Reconocer las prácticas que tiene la población estudiada.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala/ Valor
Practica de anticoncepción de emergencia que tiene la población estudiada.	Acciones que se realizan de forma periódica relacionadas con la anticoncepción de emergencia.	vida sexual activa	Edad en que comenzó vida sexual.	No ha iniciado Menor a 15 años >16
		Uso de anticonceptivos	Tipo de anticonceptivo usado en la primera relación sexual.	-Naturales -Hormonales -De barrera
			Tipo de anticonceptivo usado en la última relación sexual.	-Permanentes -De emergencia -Ninguno -Otros.
		Uso de anticonceptivos de emergencia.	Alguna vez ha utilizado anticoncepción de emergencia	-Si -No
		Ultima vez que uso anticoncepción de emergencia.	- Ayer -Hace unos días	

				<ul style="list-style-type: none"> -Hace menos de una semana -Hace más de una semana. -Hace más de un mes -Otro.
			Frecuencia de uso en el último año	<ul style="list-style-type: none"> -Ninguna -Una vez -Dos veces -Tres veces -Mas de cuatro veces
		Tiempo de uso de anticonceptivos de emergencia postcoito.	horas	<ul style="list-style-type: none"> -De inmediato -12 hrs -24 hrs -48 -≥ 72hr
		Efectos adversos y búsqueda de ayuda.	<ul style="list-style-type: none"> -Leve sangrado irregular durante 1 o 2 días. -Menstruación que comienza antes o más tarde de lo esperado. - Nauseas. -Vómitos -Aumento de la sensibilidad de mamas 	<ul style="list-style-type: none"> -Si -No

			-Cefalea. -Cólicos abdominales.	
			Búsqueda de ayuda ante los efectos adversos	-Buscar ayuda con familiares o amigos. -Buscar ayuda en la unidad de salud. -No buscar ayuda
		Sitio donde busca los métodos anticonceptivos de emergencia usados.	Lugar	-Centro de salud. -Hospital -Farmacia -ONG's

8. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de información

La fuente de recolección de datos fue de tipo primaria, ya que se trabajó directamente con los estudiantes.

La técnica que se utilizó para la recolección de datos cuantitativos fue la encuesta, para esto, se diseñó un cuestionario, que incluyó preguntas en forma de opción múltiple, preguntas cerradas y preguntas abiertas, en la que se abordó los aspectos sociodemográficos, fuentes de información, las variables de conocimientos, actitudes y prácticas, en correspondencia con los objetivos del estudio.

Dicho instrumentó de recolección fue validado realizando una prueba piloto en 20 estudiantes de áreas básicas de la carrera de medicina y expertos en el tema, con el objetivo de comprobar la completa comprensión de las preguntas.

Además se realizó un análisis de la fiabilidad del instrumento utilizando el alfa de Cronbach, obteniéndose para el instrumento en general un coeficiente de 0.828, es decir que tiene una confiabilidad muy alta.

La técnica de recolección de datos cualitativos fue a través de grupos focales, con un instrumento previamente diseñado que incluyó preguntas motivadoras, abordando los siguientes ejes: mitos, concepto, indicaciones, forma de administración y efectos colaterales de la anticoncepción de emergencia.

Se diseñó una base de datos para el análisis de la encuesta y matriz de categorías para agrupar la información cualitativa.

9. Procedimientos para la recolección de datos e información

Para la recolección de la información primero se explicó a los estudiantes los objetivos de la investigación y el fin de la información recolectada, luego se les solicitó el consentimiento informado escrito para participar en el estudio.

La encuesta fue entregada a los estudiantes para su llenado de forma privada, quedando atento el equipo investigador pendiente de las inquietudes o dudas de los participantes. Este proceso se realizó en las horas de receso o de cambio de clase de los estudiantes, también se informó a algunos docentes solicitando su autorización en el caso que se presentara algún imprevisto que no permitiera alcanzar la muestra con la metodología utilizada.

Para los grupos focales se realizaron las siguientes actividades:

- Se seleccionó un espacio adecuado, privado y que favoreciera la participación.
- Se seleccionaron 8 estudiantes por año académico.
- Los asistentes se sentaron en forma de "U" en la sala.
- Se solicitó el permiso para el registro de la información con una grabadora.
- Una vez recopilada la información se transcribió, se organizó, se agrupó en categorías para su debido análisis.

Para los grupos se realizó una invitación de manera que la asistencia fuera voluntaria e informada.

Inicialmente se realizaron 3 grupos focales, uno por cada año de la carrera, para obtener información que ayudara a mejorar la primera versión de la encuesta, que fue validada con 20 estudiantes. Los aportes brindados tanto en la validación como en los grupos focales permitieron mejorar los diferentes aspectos de la encuesta para ser aplicada posteriormente a la muestra en estudio.

Las encuestas aplicadas fueron revisadas periódicamente para garantizar la calidad del llenado, encontrando en este proceso que un porcentaje de los estudiantes en quienes se aplicó no habían iniciado su actividad sexual y por tanto no tenían práctica acerca de la anticoncepción de emergencia.

Esto llevó nuevamente a la inmersión en el campo por parte del equipo investigador para profundizar en el enfoque cualitativo y comprender desde la perspectiva de los estudiantes, los conocimientos, actitudes y prácticas tanto en el grupo que ya había iniciado actividad sexual, como en los que no habían iniciado actividad sexual. Para ello se realizaron nuevos grupos con estas características incluyendo hombres y mujeres, lo que permitió una mayor comprensión de los sujetos en estudio.

10. Plan de tabulación.

La información recopilada se ingresó en una base de datos creada en el programa estadístico SPSS versión 24.0 y los resultados se presentaron en tablas y gráficos describiendo frecuencias y porcentajes para su comprensión.

Para la evaluación del conocimiento que tenían los estudiantes se formularon 29 preguntas, estas preguntas fueron agrupadas para obtener la siguiente escala:

- Muy Bueno (≥ 26 preguntas contestadas correctamente)
- Bueno (22-25 preguntas contestadas correctamente)
- Regular (18-21 preguntas contestadas correctamente)
- Deficiente (≤ 17 preguntas contestadas correctamente)

Las actitudes fueron valoradas aplicando una escala de Likert con 20 ítems, para asegurar la simetría de la escala se redactaron 10 ítems positivos, en los que se calificaron las respuestas de la siguiente manera:

- (5) Totalmente de acuerdo
- (4) De acuerdo
- (3) Indeciso
- (2) Desacuerdo
- (1) Totalmente en desacuerdo

Los otros 10 ítems fueron presentados de forma negativa, estos se calificaron de manera contraria a los positivos:

- (1) Totalmente de acuerdo
- (2) De acuerdo
- (3) Indeciso
- (4) Desacuerdo
- (5) Totalmente en desacuerdo

Para obtener las actitudes de los encuestados, se calificó el promedio resultante en la escala mediante la fórmula PT/NT (donde PT es la puntuación total en la escala y NT es el número de afirmaciones), las puntuaciones obtenidas se analizaron en una escala del 1 al 5 (Sampieri, 2010).

$PT=100$ (20 preguntas x 5 que es la puntuación total de la escala para cada participante)

$NT=20$ (número de afirmaciones de actitudes incluidas en el instrumento)

A partir de los resultados obtenidos con la fórmula, todas las puntuaciones de 1 y 2 fueron clasificadas como una actitud desfavorable, las puntuaciones 3 con una actitud neutra y las puntuaciones de 4 y 5 como una actitud favorable.

Actitudes				
Desfavorable		Indeciso	Favorable	
1	2	3	4	5

Además se hizo una evaluación estadística, analizando la moda de respuesta presentada en cada ítem, con el objetivo de mostrar las tendencias hacia lo totalmente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, de manera que se facilitó la identificación de las opiniones favorables y desfavorables.

Para la variable de prácticas de la anticoncepción de emergencia, según criterios basados en la literatura médica sobre el uso correcto de los métodos anticonceptivos de emergencia, se clasificó:

- De Riesgo:
 - No haber utilizado ningún tipo de anticonceptivo en la primera relación sexual.
 - No haber utilizado ningún tipo de anticonceptivo en la última relación sexual.
 - Uso de anticoncepción de emergencia posterior a las 72 horas postcoito.
 - Uso de anticoncepción de emergencia periódicamente.
 - No buscar ayuda al experimentar alguna reacción adversa.
- Sin Riesgo:
 - Haber utilizado algún método anticonceptivo en la primera relación sexual.
 - Haber utilizado algún tipo de anticonceptivo en la última relación sexual.
 - No haber usado anticoncepción de emergencia.
 - Uso de anticoncepción de emergencia antes de las 72 horas postcoito.
 - Buscar ayuda médica al experimentar alguna reacción adversa.

11. Plan de Análisis

Resultados Cuantitativos:

- 1- Características socio-demográficas de la población en estudio.
- 2- Fuentes de información sobre anticoncepción de emergencia
- 2- Conocimientos sobre anticoncepción de emergencia.
- 3- Actitud frente a la anticoncepción de emergencia.
- 4- Prácticas sobre la anticoncepción de emergencia
- 5- Sexo y año de la carrera que cursa vs conocimientos.
- 6- Sexo y año de la carrera que cursa vs actitudes.

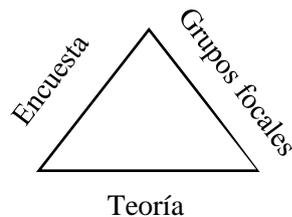
7- Sexo y año de la carrera que cursa vs prácticas.

6-Conocimientos Vs Practicas.

7-Conocimientos Vs Actitudes.

Resultados Cualitativos:

Para el análisis de los resultados cualitativos se realizó una triangulación de datos; tomando en consideración los constructos generados en los grupos focales, las encuestas y la teoría.



12. Aspectos éticos

La ética profesional al momento de llevar a cabo un trabajo de investigación, es fundamental, ya que garantiza el respeto de los derechos humanos de los individuos que participan, así como la legalidad al tomar en cuenta la aprobación de las autoridades competentes que correspondan.

Tomando en cuenta estos principios, es oportuno mencionar que en este estudio se respetaron las bases éticas de las investigaciones en seres humanos propuesta por la OMS y CIOMS (2016), por lo cual se les solicitó a todos los estudiantes que reunían los criterios de la muestra, su consentimiento informado oral y escrito para participar en el mismo, asegurando su plena voluntariedad. Del mismo modo se informó que la encuesta podría ser interrumpida al momento de su llenado sin que esto causara repercusiones, ni daños hacia su integridad.

Así mismo se les informó que los datos recolectados se utilizarían únicamente para fines de este estudio garantizando que la información sería estrictamente confidencial, para esto se codificó la encuesta sin registrar la identidad de los estudiantes. En términos de futuras investigaciones, la base de datos puede ser compartida, siempre y cuando se mantengan las identidades anónimas (Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médica. , 2016)

VIII. Resultados

Características sociodemográficas de la población en estudio.

Del total de estudiantes encuestados (285), el 24.6% (70) tenían 17 años de edad, 35.4% (101) 18 años, 38.6% (110) de 19 años y un 1.4% (4) tenían 20 años a más. (Tabla 1)

El 62.8 % (179) fueron del sexo femenino y el 37.2% (106) de sexo masculino. En lo que respecta al año académico que cursaban, el 33% (94) estuvo constituido por estudiantes de primer año, 32.3% (92) por estudiantes de segundo año y un 34.7% (99) por estudiantes de tercer año. El 18.9 % (54) afirmó no profesar ninguna religión, 47.4% (135) se identificó como católico, 27.7% (79) como evangélico, 2.5% (7) adventista, 3.5% (10) reveló profesar otras religiones, entre las que mencionaron testigos de jehová, mormones y moravos. (Tabla 1)

El 86.7% (247) de los participantes procedían del área urbana y un 13.3% (38) del área rural. En cuanto al estado civil, el 93% (265) describió estar soltero, 5.3% (15) en unión libre, 1.1% (3) casados y un 0.7% (2) viudos. El 97.9% (279) reveló no tener hijos, 1.4% (4) tienen 1 hijo, 0.4% (1) 2 hijos, y el 0.4% (1) tienen 3 o más hijos. (Tabla 1)

Fuentes de información sobre anticoncepción de emergencia.

El 92.6% (264) de los estudiantes afirmaron haber escuchado sobre anticoncepción de emergencia, a diferencia de un 7.4% (21) que negó haber escuchado sobre el tema. Los medios informativos a través de los cuales obtuvieron la información fueron: la televisión 53.8% (142), publicidad 50.4% (133), libros 55.3% (146), revistas 28.8% (76), periódicos 22.7% (60), redes sociales 79.5% (210) y el 6.1% (16) refirió haberla obtenido de otros medios como la radio, artículos de internet, páginas webs de ONG's para planificación familiar y de lugares como centros escolares. (Gráfico 1)

Sobre las personas informantes, el 39.4% (104) mencionó a sus padres, el 20.8% (55) a su pareja, el 37.5% (99) algún familiar, 60.6% (160) personal de salud, 9.5% (25) líder religioso, y un 29.5% (78) mencionó otros informantes entre los que figuran, amigos, compañeros de clases, profesores y vecinos. (Gráfico 2)

Conocimientos

El 7.4% (21) reveló no haber escuchado sobre anticoncepción de emergencia, sin embargo este porcentaje de participantes completó el llenado de la encuesta en su totalidad.

En cuanto al concepto de anticoncepción de emergencia, el 70.2% (200) reconoce que es un método de prevención del embarazo, 66.7% (190) saben que actúa luego de varias horas y pocos días de haber tenido relaciones sexuales sin protección y solo el 34.7% (99) creen que no son eficaces luego de la implantación, este concepto de acuerdo a la normativa N°002 de planificación familiar del Ministerio de Salud. (Tabla 2)

Con respecto a los tipos de anticoncepción de emergencia, el 50.9% (145) consideran que el método Yuzpe (hormonales combinados) es un tipo de anticoncepción de emergencia, 90.5% (258) reconoce a la PPMS (progestágenos combinados) como AE, solo un 35.8% (102) creen que el DIU es un tipo de AE, el 62.5% (178) señaló el condón como método de emergencia, por último, el 49.5% (141) marcó el coito interrumpido como AE (Tabla 2).

En relación a las indicaciones, el 80.7% (230) refirió que se usa cuando hubo una relación sexual no protegida y la mujer no desea el embarazo, 36.8% (105) refirió que se usaba en caso de querer interrumpir un embarazo no deseado, 76.5% (218) reveló su utilidad ante el fallo de algún método anticoncepción o cuando no se usa correctamente, 41.1% (117) creen que están indicados para uso periódico, 75.8% (216) señaló su uso en caso de violación y el 29.5% (84) piensa que se puede indicar si la mujer ya está embarazada (Tabla 2).

Sobre el mecanismo de acción de los métodos hormonales, el 57.2% (163) refirió que impiden o retrasan la ovulación, 47.7% (136) que alteran la consistencia del moco cervical y el 38.9% (111) que alteran la movilidad del semen y ovulo a través de la trompa de Falopio. Al referirse al DIU, el 46.7% (133) afirma que alteran la movilidad de los espermatozoides (Tabla 2).

Acerca de la forma de administración se reveló que el 78.2% (233) creen que deben utilizarse en las primeras 72 horas postcoito o hasta los primeros 5 días, 60.4% (172) que se puede tomar en única dosis, solamente el 24.6% (70) saben que se pueden tomar cada 12 horas en 2 dosis, 43.2% (123) considera que el DIU se puede usar como AE hasta 7 días después de una relación sexual sin protección (Tabla).

El 83.5% (238) sabe que los métodos hormonales pueden causar efectos colaterales para la salud como: hemorragia, náuseas y vómitos, además el 47.4% (135) refirió que los cólicos abdominales eran un efecto adverso del DIU (Tabla 2).

Al cuestionar sobre los lugares de distribución que conocen los estudiantes, 84.6% (241) refirió poder encontrarlos en farmacias, 60.7% (173) en centros de salud, 48.1% (137) en puestos de salud, 57.2% (163) en hospitales y el 31.9% (91) que pueden conseguirse en ONG's (Tabla 3).

Al clasificar los conocimientos de la población en estudio, solo el 4% (11) fue muy bueno, 16% (46) bueno, 33% (94) regular, y el 47% (134) deficiente (Gráfico 3).

Actitudes

En cuanto a los aspectos cognitivos, el 35.8% (102) estuvo de acuerdo con que los médicos proporcionan información sobre la anticoncepción de emergencia. El 36.1% (103) está totalmente de acuerdo con que la AE puede disminuir las cifras de embarazos adolescentes, el 40.4% (115) está totalmente de acuerdo en que la AE puede disminuir la cantidad de interrupciones de embarazos no deseados (Tabla 3).

El 54.7% (156) afirma estar totalmente de acuerdo con el hecho de que usar estos métodos es derecho de todas las mujeres, además, el 57.5% (164) está totalmente en desacuerdo con que la AE es utilizada únicamente por trabajadoras sexuales, así mismo el 38.2% (109) estuvo en total desacuerdo con que es utilizada solo por mujeres jóvenes y solteras (Tabla 3).

El 35.1% (100) se encuentra indeciso ante la posibilidad de que el uso de los AE cause infertilidad en el futuro, el 44.9% (128) también se mostró indeciso al afirmar que la AE provoca aumento de peso, 44.2% (126) mostró indecisión al aseverar que provocan alteraciones en la menstruación y el 43.2% (123) está totalmente de acuerdo en que los AE deben distribuirse en todos los centros de salud y hospitales (Tabla 3).

Con respecto a los aspectos conductuales, el 28.8% (82) se mostró indeciso al preguntárseles si ellos utilizarían estos métodos para interrumpir un embarazo. El 52.3% (149) estuvo totalmente de acuerdo en que si fueran víctimas de violación usarían métodos de emergencia, 23.5% (67) estuvo de acuerdo con que estos métodos promueven prácticas sexuales irresponsables, el 37.5% (107) estuvo totalmente en desacuerdo con que son métodos utilizados únicamente por personas promiscuas y 34.4% (98) mostraron indecisión al afirmar que los médicos deberían promover estos métodos (Tabla 3).

Al 31.9% (91) no le avergonzaría utilizar la anticoncepción de emergencia, incluso el 32.6% (93) estaban de acuerdo con que sus familiares y amigos la utilicen. El 36.8% (105) piensa que no es pecado el uso de anticoncepción de emergencia. El 39.6% (113) no está de acuerdo con que su uso sea inmoral y el 33% (94) refirió que la iglesia no los presenta como abortivos, ni restringe su uso (Tabla 3).

Según la moda de respuesta, entre los ítems con tendencia favorable se destacaron: Es un derecho de todas las mujeres, reducirían la interrupción de embarazos no deseados y disminuirían las cifras de embarazo adolescentes (Gráfico 4).

La tendencia hacia la indecisión predominó en los siguientes ítems: los médicos deberían promover estos métodos y que estos métodos provocan alteraciones en la menstruación, aumento de peso y que causan infertilidad (Gráfico 4 y 5).

La tendencia desfavorable predominó solamente en el ítem que afirmaba que estos métodos promueven las relaciones irresponsables (Gráfico 5)

Aplicando la fórmula de Hernández Sampieri (2010) Con los datos obtenidos, se encontró que el 62% (176) presentó una tendencia favorable hacia los métodos anticonceptivos de emergencia, una actitud neutral el 27% (78) y una actitud desfavorable 11% (31). (Gráfico 6).

Prácticas

El 61.1% (174) de la población no ha iniciado vida sexual activa, mientras, de los que ya iniciaron vida sexual, un 11.6% (33) inicio antes de los 15 años, y el 27.4% (78) después de los 16 años de edad (Tabla 4).

De los 111 estudiantes que ya iniciaron vida sexual, el 6.3% (7) mencionó haber utilizado el método natural en su primera relación sexual, un 5.4% (6) utilizó método anticonceptivo hormonal, 60.4% (67) métodos de barrera, 18.9% (21) utilizaron métodos anticonceptivos de emergencia y solo el 9% (10) no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual (Tabla 5).

En lo que respecta a la última relación sexual, el 2.7 % (3) optó por un método anticonceptivo natural, 11.7% (13) utilizó algún método hormonal, 56.8% (63) métodos de barrera, 2.7% (3) hizo uso de métodos anticonceptivos permanentes, 13.5% (15) utilizó anticoncepción de emergencia en su última relación sexual y el 12.6% (14) no utilizó ningún método anticonceptivo (Tabla 5).

El 73.9% (82) afirmó haber hecho uso de anticoncepción de emergencia alguna vez, 26.1% (29) negó rotundamente su uso. De los 82 estudiantes que afirmaron haber usado AE, en el último año el 19.5% (16) no utilizó, 48.8% (40) la utilizó una vez, 13.4% (11) la utilizó dos veces, 12.2% (10) tres veces y un 6.1% (5) hizo uso de esta más de cuatro veces en el último año (Tabla 6).

El 3.7% (3) utilizó AE un día antes de la encuesta, 7.4 % (6) menos de una semana antes de llenar la encuesta, 18.2% (15) hace más de una semana del llenado de la encuesta, 51.2% (42) hace más de un mes y un 19.5% (16) utilizó AE hace más de un año (Tabla 7). El 48.8% (40) la utilizó de inmediato, 29.3% (24) la utilizó 12 horas postcoito, 15.8% (13) 24 horas después, 3.7% (3) 48 horas después y el 2.4% (2) después de las 72 horas (Tabla 8).

El 31.7% (26) negó haber experimentado efectos colaterales por el uso de AE, mientras que, el 68.3% (56) afirmó haber experimentado alguno. De los 56 estudiantes que experimentaron efectos colaterales el 44.6% (25) refirió sangrado irregular, el 76.8% (43) presentó la menstruación antes o después de la fecha esperada, 41.1% (23) presentó náuseas, 17.9% (10) vómitos, 33.9% (19) aumento de la sensibilidad de mamas, 17.9% (10) cefalea, y un 37.5% (21) refirió la presencia de cólicos abdominales posterior al uso de AE (Tabla 9).

Ante la aparición de algunos efectos adversos posterior al uso de anticoncepción de emergencia, el 19.6% (11) buscó ayuda con familiares o amigos, 21.4% (12) buscó ayuda en unidad de salud, y el 59% (33) no buscó ningún tipo de ayuda (Tabla 10).

De los 82 estudiantes que usaron anticoncepción de emergencia el 3.7% (3) lo adquirió en un centro de salud. 2.4% (2) en un hospital, 91.5% (75) en una farmacia y el 2.4% (2) en una ONG (Tabla 11).

Del total de participantes que utilizaron anticoncepción de emergencia, el 33% (27) presentó prácticas de riesgo y el 67% (55) posee una práctica sin riesgo (Gráfico 7)

Se realizaron tablas de contingencia para demostrar las diferencias en el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de hombres y mujeres participantes, así como las diferencias según años de la carrera.

En relación a los conocimientos se encontró que el 62.8% (179) eran del sexo femenino, de ellas 2.5% (7) alcanzaron un conocimiento muy bueno, 9.1% (26) un conocimiento bueno, 19.6% (56) tenía un conocimiento regular y el 31.6% (90) resultaron con un conocimiento deficiente. La población masculina fue de un 37.2% (106), de ellos 1.4% (4) alcanzó un conocimiento muy bueno, 7% (20) un conocimiento bueno, 13.3% (38) se puntuó como conocimiento regular y el 15.4% (44) obtuvo un conocimiento deficiente (Tabla 12).

El 33% (94) correspondió a estudiantes de primer año de los cuales ninguno obtuvo conocimientos muy buenos, solo el 4.9% (14) alcanzó conocimientos buenos, 10.9% (31) consiguió un conocimiento regular, por último la mayor proporción la mostró el conocimiento

deficiente con un 17.2% (49). La población de segundo año representó el 32.3% (92) del estudio, 2.8% (8) alcanzó un conocimiento muy bueno, 5.3% (15) un conocimiento bueno, 10.9% (31) un conocimiento regular y el 13.3% (38) un conocimiento deficiente. Tercer año representó el 34.7% (99) de estos, el 1.1% (3) obtuvo un conocimiento muy bueno, 6% (17) un conocimiento bueno, 11.2% (32) un conocimiento regular y el 16.5% (47) un conocimiento deficiente (Tabla 12).

En resumen se verificó que las mujeres y los estudiantes de segundos años presentaron mayor conocimiento.

En relación a la actitud, el 62.8% (179) de la población en estudio era del sexo femenino, de estas 38.9% (11) tuvo una actitud favorable, el 16.8% (48) una actitud neutral y el 7% (20) mostró una actitud desfavorable. La población masculina está representada por un 37.2% (106), de estos 22.8% (65) tuvo una actitud favorable, 10.5% (30) una actitud neutral y el 3.9% (11) una actitud desfavorable (Tabla 13).

El 33% (94) corresponde a estudiantes de primer año, de los cuales 19.6% (56) presentó una actitud favorable, 10.5% (30) neutral y el 2.8% (8) mostró una actitud desfavorable. La población de segundo año representó el 32.2% (92) de los cuales el 21.1% (60) presentó una actitud favorable, 7.7% (22) una actitud neutral y el 3.5% (10) una actitud desfavorable. Tercer año representó el 34.7% (99) de estos, el 21.1% (60) presentó una actitud favorable, 9.1% (26) en cambio el 4.6% (13) una actitud desfavorable (Tabla 13).

En resumen se encontró que predominó una actitud favorable en las mujeres y en estudiantes de segundo y tercer año.

De los 82 estudiantes que utilizaron anticoncepción de emergencia el 58.5% (48) de la población en estudio era del sexo femenino, de ellas 22% (18) tuvo una práctica de riesgo, predominando la práctica segura con un 36.5% (30). La población masculina está representada por un 41.5% (34), de ellos, 11% (9) tuvo una práctica de riesgo y el 30.5% (25) una práctica segura (Tabla 14).

El 30.5% (25) corresponde a estudiantes de primer año, de los cuales 9.8% (8) presentó una práctica de riesgo y el 20.7% (17) mostró una práctica sin riesgo. La población de segundo año representó el 28% (23) de los cuales 8.5% (7) presentó una práctica de riesgo y el 19.5% (16) una práctica sin riesgo. Tercer año representó el 41.5% (34) de estos, el 14.6% (12) presentó practica de riesgo, en cambio el 26.8% (22) una práctica sin riesgo (Tabla 14).

En síntesis, Las practicas sin riesgo predominaron en el sexo femenino y en los estudiantes de tercer año.

Del 3.9% (11) De los estudiantes que alcanzaron un conocimiento muy bueno, el 2.8% (8) tuvo una actitud favorable, 0.7% (2) una actitud neutral, y el 0.4% (1) una actitud desfavorable. Del 16.1 % (46) que obtuvo un conocimiento bueno, 10.5% (30) tuvo una actitud favorable, 4.2% (12) una actitud neutral, y el 1.4% (4) tuvo una actitud desfavorable. Del 33% (94) con conocimiento regular, el 22.5% (64) tuvo una actitud favorable, 7.4% (21) una actitud neutral, y el 3.2% (9) tuvo una actitud desfavorable. Del 47% (134) con un conocimiento deficiente, el 26% (7.4) tuvo una actitud favorable, el 15.1% (43) una actitud neutral y el 6% (17) tuvo una actitud desfavorable (Tabla 15).

Es decir, en todas las categorías en las que se valoró el conocimiento predominó una actitud favorable.

De los 82 participantes que han utilizado anticonceptivos de emergencia, el 4.9% (4) alcanzó un conocimiento muy bueno, de ellos, 2.4% (2) tuvo una practica de riesgo y el 2.4% (2) una practica sin riesgo. Del 22% (18) que alcanzó un conocimiento bueno, el 8.5% (7) tuvo una practica de riesgo, en cambio el 13.4% (11) una practica sin riesgo. Del 37.8% (31) que alcanzó un conocimiento regular, el 11% (9) tuvo una practica de riesgo y el 26.8% (22) una practica sin riesgo. De los 35.4% (29) que tuvo un conocimiento deficiente, el 11% (9) tuvo una práctica de riesgo y el 24.4% (20) tuvo una práctica sin riesgo (Tabla 16).

Dicho de otro modo, las practicas fueron sin riesgo independientemente del conocimiento alcanzado.

IX. Discusión y análisis.

Los estudiantes de medicina juegan un papel importante en campañas de prevención y promoción en salud, como parte de su plan curricular tienen un acercamiento a la población desde los primeros años de la carrera, dentro de estas actividades destacan charlas sobre salud sexual y reproductiva que requieren de un conocimiento con base científica capaz de crear un impacto positivo y permitan educar a la población con información veraz y oportuna que promuevan prácticas sexuales sin riesgo.

En estudios anteriores como el realizado por Estrada, Corea y Acevedo (2014) se encontró que el 50% de su población estudiada, tenía noción sobre la existencia de métodos anticonceptivos de emergencia, sin embargo, en este estudio se encontró que la proporción entre los estudiantes de medicina que afirman haber escuchado sobre estos métodos alcanza el 92.6% esto se puede atribuir a un mayor uso de las redes sociales, medio informativo elegido en mayor porcentaje (79.5%) como fuente de información.

Uno de los lineamientos del sistema de salud de Nicaragua ha sido incluir estos métodos en la norma de planificación familiar número 002, la cual debe ser de dominio del personal de salud que cumple la tarea de llevar la información a la comunidad por lo que no es extraño que el 60.6% de los estudiantes mencionó al personal de salud como su informante.

El estudio realizado por Ruiz, E (2015) señaló que menos del 7 % obtuvo su información de sacerdotes y pastores, un porcentaje similar fue revelado en la presente investigación, donde el 9.5% de los participantes refirió recibir información por líderes religiosos, lo que puede influenciar la perspectiva con la que se ven estos métodos, esto fue dimensionado en los grupos focales, donde la influencia de los líderes religiosos se repitió constantemente por los estudiantes con frases como: *“había un profesor que a la vez era sacerdote y esa persona decía que era pecado usar PPMS, incluso decía que usar condón era pecado, que el sexo solo tenía finalidad reproductiva, o sea para procrear”*.

El estudio realizado por Estrada, Corea y Acevedo (2014) demostró que existe poco conocimiento en cuanto a los tipos de AE, datos similares se encontraron al evaluar este mismo eje observando que tan solo el 35.8% conocía que el DIU podría ser utilizado como AE, un 62.5% respondió que el condón era un método de emergencia lo cual no es correcto; pero lo que resulta alarmante es que 49.5% considera que el coito interrumpido es un método de emergencia siendo este uno de los métodos menos seguro.

En cuanto al concepto y las indicaciones, se encontró un nivel de conocimiento entre regular y bueno, siendo estas categorías junto con los efectos colaterales las de más dominio en los estudiantes, hecho que se pudo corroborar en los grupos focales, pues, la mayoría de aportes mencionados fueron expresadas con lenguaje técnico y con datos similares a los establecidos en la normativa de planificación familiar del país. Este mismo resultado fue encontrado en estudios anteriores como el realizado por Blandón y Sandino (2014) que reveló como ejes de mayor conocimiento los efectos colaterales y las indicaciones.

Una de las debilidades del conocimiento se encontró al preguntar sobre el mecanismo de acción, pues, los estudiantes no pudieron distinguir la forma en la que el método impide el embarazo, menos del 50% respondió correctamente a los ítems de este acápite, este dato fue razón de debate al realizar los grupos focales, pues, algunos la catalogaron como métodos abortivos, sin embargo, la literatura explica que no causa modificaciones endometriales y por ende no tiene efecto postimplantación.

En cuanto a la forma de administración, la mayoría respondió correctamente que el método debe utilizarse dentro de las primeras 72 horas y que se puede tomar en dosis única, sin embargo, el levonorgestrel de 75mg (PPMS) siendo la presentación más popular y la más comercializada se toma en 2 dosis, y solamente el 24.6% respondió a esta pregunta de forma correcta.

Las investigación realizada por (Blandon & Sandino, 2014) demuestra que el grupo estudiado tuvo poco conocimiento, esto concuerda con los resultados encontrados en esta investigación donde al valorar el conocimiento del tema en general, solo el 4% y 16% obtuvo un conocimiento muy bueno y bueno respectivamente, únicamente esta mínima cantidad de estudiantes estaría capacitada para dar una información completa y basada en evidencia científica a la población.

En consecuencia, el 33% y 47% obtuvieron un conocimiento regular y deficiente respectivamente, dato que concuerda con las opiniones expresadas por los estudiantes en la recopilación cualitativa, quienes consideran que esto sucede por el exceso de mitos, desinformación en cuanto al uso, falta de charlas, además, de considerarlo una situación preocupante, pues, al relacionarlos con las ciencias de la salud se vuelven un blanco para preguntas que a veces no pueden responder de manera adecuada.

Al igual que en estudios anteriores (Ruiz, 2015) donde predomina una actitud favorable ante este tipo de métodos, se ha encontrado que entre los estudiantes de medicina el 62% mostró

una actitud favorable con respecto a los anticonceptivos de emergencia y en muchas de las preposiciones se encontraban indecisos (27%), respuesta que se traduce como una actitud neutral y puede ser interpretada de muchas maneras, por lo que se decidió complementar ese hallazgo con los grupos focales en los cuales casi de forma unánime creen que hay una actitud positiva por ser un método utilizado entre los estudiantes, algunos comentaron: *“Es un método aceptado porque pues lo usan y nos ha salvado a algunos.”*

En cuanto a los Aspectos cognitivos, uno de los puntos más importantes es que la mayoría estuvo totalmente de acuerdo (33.7%) y de acuerdo (35.8%) con que los médicos dan información sobre anticoncepción de emergencia lo que concuerda con el hecho de que el principal informante reportado fue el personal de salud como se mencionó en párrafos anteriores.

A pesar de que la mayoría de estudiantes afirmó que no le avergonzaría utilizar anticoncepción de emergencia, se mencionó en los grupos focales que al momento de ir a buscarlas lo harían en *“una farmacia lejos de mi casa y que lo compre alguien que no sea yo”*, además, se mencionó el estigma que existe en la sociedad hacia los jóvenes cuando estos buscan alguno de los métodos.

Según ENDESA la tasa global de fecundidad ha disminuido en las últimas dos décadas pasando de 4.6 a 2.4 hijos por mujer, representando un descenso cercano al 50%, una de las afirmaciones más aceptadas (más del 60%) es que efectivamente, estos métodos podrían disminuir las cifras de embarazos adolescentes, y como es bien sabido, en Nicaragua este grupo etario representa el mayor porcentaje en la tasa fecundidad.

Además el 40.4% estuvo totalmente de acuerdo con que la AE disminuye la cantidad de interrupciones de embarazos no deseados, algunos mencionaron en los grupos focales que: *“es preferible esto, antes que un aborto”*, refiriéndose a que era menos traumático tomarse una píldora para la mañana siguiente que someterse a un aborto.

El 54.7% estuvo totalmente de acuerdo y el 24.9% de acuerdo con que el uso de la anticoncepción de emergencia es un derecho de todas las mujeres a como lo menciona la ley N° 423 “Ley general de salud” en su artículo 4 que establece que es un derecho de toda persona decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de embarazo. Además, los estudiantes generalizan el uso de anticoncepción de emergencia, negando que estos métodos están destinados únicamente a trabajadoras sexuales o jóvenes solteras, menos del 5% y 3.5% respectivamente estuvo de acuerdo con esta afirmación.

Un punto relevante es la actitud de los estudiantes en cuanto a la utilización de este método por parte familiares y amigos, donde solo el 16% dijo estar en desacuerdo con esta afirmación, relacionándolo con la información cualitativa donde efectivamente expresaron que si lo recomendarían a sus familiares y amigos si estos se encontraran en una situación de emergencia mencionaban que: *“es preferible esto antes que un aborto ya más elaborado, que tenga que ser quirúrgico, que es más complicado y daña más psicológicamente”*.

En los antecedentes que se tomaron como referencia para esta investigación no se abordaron aspectos religiosos, sin embargo, la influencia que ha ejercido la religión a lo largo de los años sobre el uso de anticonceptivos de emergencia es innegable, aunque los datos cuantitativos muestran que el 56.8% de los estudiantes no creen que sea pecado el uso de los métodos para evitar un embarazo y el 58% niega que la iglesia los presente como abortivos, los datos cualitativos demuestran que la iglesia *“sataniza”* el uso de estos e incluso lo catalogan como una imposición educativa en centros escolares con tendencias religiosas.

Al comparar con estudios anteriores como el de Estrada, Corea y Acevedo (2014) se encontró que el 86% de su muestra tenía vida sexual activa, sin embargo, uno de los hallazgos de esta investigación es que la mayoría de los estudiantes (61.1%) no han iniciado su vida sexual, este dato se profundizó de forma cualitativa, enfatizando como principal razón el miedo; miedo a los padres, a que fallen los métodos anticonceptivos, a *“tropezar”*, a un embarazo no deseado, a que sea un obstáculo para continuar con la carrera y se mencionaron otras razones como: *“son más conservadores”* y *“esperan a la “persona especial”*.

En cuanto a los métodos anticonceptivos utilizados, el que obtuvo el mayor porcentaje de uso en la primera (60.4%) y última relación sexual (56.8%) fue el condón, información similar a la que se encontró en la recolección cualitativa, pues, los estudiantes lo describieron como: *“el más accesible, es el más barato y no es difícil de conseguir”*, también se mencionó en varias ocasiones el implante subdérmico, al que catalogaron como un método *“efectivo y duradero”*.

Aunque cierto porcentaje conocía de la distribución de estos métodos en el sistema de salud público y ciertas organizaciones no gubernamentales, el 91.5% de los estudiantes adquirió anticonceptivos de emergencia en farmacias, algunas de las opiniones expresadas en el grupo focal dieron a conocer que la farmacia era un *“lugar más cómodo y de más fácil acceso”*. Además se mencionó que en los centros de salud se limitaba su indicación, *“solo se las dan a las que llegan por violación”*. También opinaron que *“las del MINSA son de baja calidad y peligroso no funcionan”*.

Estudios anteriores mencionan que la práctica y uso de anticoncepción de emergencia es riesgosa o inadecuada (Ruiz, 2015), sin embargo, al evaluar las prácticas en este estudio resultaron ser seguras, tomando en cuenta que el 61.1% no ha iniciado vida sexual y se acuerdo con la OMS la abstinencia es considerada como la práctica más segura ya que no solo cumple con el fin de anti concebir, también previene ITS.

Del grupo que ya inició vida sexual y ha utilizado anticoncepción de emergencia, la mayoría lo hizo de forma segura (67%), pues solo solo la minoría (18.3%) abusó de su uso utilizándolas más de dos veces al año, además, solamente el 2.4% la utilizó luego de las 72 horas, en contraste con la mayoría (48.8%) que se benefició de la mayor efectividad utilizándola en las primeras horas postcoito como indica la literatura (OMS, 2018).

Como era de esperarse al comparar el año de la carrera vs el conocimiento, segundo y tercer año alcanzaron mayor puntaje en cuanto al conocimiento, pero llama la atención que hubo un mejor dominio del tema en los estudiantes de segundo, esto podría deberse a un cambio en el plan curricular, ya que una de las estudiantes en los grupos focales hizo referencia a que los conocimientos son buenos porque *“desde las primeras clases nos estaban enseñando de eso, son temas que hemos visto en clases como biología”*.

Sin importar la categoría en la que se valoró el conocimiento, siempre predominó una actitud favorable, y aunque suene discrepante el hecho de que una persona con bajo conocimiento pueda tener una buena actitud, esto se podría explicado, pues según la literatura el conocimiento es un proceso progresivo y gradual que por lo general requiere de otras entidades que de forma sistemática contribuyen a su construcción (Martinez, 2010). En cambio, las actitudes son de adquisición popular y se adquieren de forma eventual con la vida cotidiana, es por eso que podría existir esta discordancia.

Otro dato discrepante es que las practicas fueron sin riesgo, aun, en el grupo que presentó un conocimiento deficiente, esto podría deberse a que si bien, no exista un conocimiento científico sobre el tema, los estudiantes siempre reciben algún tipo de información que aunque no sea calificada, es presentada de forma sencilla, permitiéndoles seguir las instrucciones de manera segura para su uso.

X. Conclusiones

1. La edad predominante fue de 19 años, sexo femenino. Tercer año de la carrera de medicina, católicos, procedencia urbana, solteros y sin hijos.
2. La mayoría de participantes había escuchado acerca de la anticoncepción de emergencia a través de las redes sociales, siendo las personas que les brindaron mayor información, el personal de salud.
3. Los conocimientos buenos y muy buenos fueron los relacionados a las indicaciones y los efectos colaterales. Los conocimientos deficientes se presentaron en el mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia.
4. Las actitudes de los estudiantes con tendencia favorable fueron: es un derecho de todas las mujeres, reduciría la interrupción de embarazos no deseados y disminuiría las cifras de embarazos adolescentes. Y la desfavorable que promueven las relaciones irresponsables.
5. La mayoría de los estudiantes tuvo una práctica sin riesgo al usar anticoncepción de emergencia según los criterios establecidos para esta investigación.

XI. Recomendaciones

Al MINSA:

- Implementar campañas informativas diseñadas para plataformas digitales como las redes sociales encaminadas a instruir en el buen uso, forma en la que actúan y lugares donde se pueden conseguir los métodos de anticoncepción de emergencia.
- Capacitar al personal de las unidades de salud y farmacias con el fin de reducir los estigmas con el que ven a los adolescentes que se acercan a pedir este tipo de métodos y así reducir esa brecha en la accesibilidad.

A la institución:

- Promover actividades extra clases destinadas a la discusión de temas de la vida cotidiana como la prevención del embarazo a temprana edad, que son de interés de los estudiantes, en donde se puedan resolver dudas y llenar vacíos de conocimientos, relacionados con la educación integral de la sexualidad.
- Implementar la metodología de docentes guías con los que se pueda generar espacios abiertos a la discusión de temas de sexualidad, que podrían repercutir en el rendimiento académico de los estudiantes así como en su desempeño como futuros médicos.

A los estudiantes:

- En caso de requerir anticoncepción de emergencia buscarla en las unidades de salud para ser prescritas por personal capacitado.
- Buscar información a través de las redes sociales en revistas científicas u organizaciones como la Organización Mundial de la Salud que les permitan tener una información veraz y científica que pueda ser compartida en alguien que lo necesite.
- Conformar grupos de interés extra clases en temas trascendentales para su vida como es la prevención del embarazo a temprana edad y que pueden tener repercusiones como futuros profesionales.

XII. Bibliografía

- Álvarez, D. A. (2002). *Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. La píldora del día después*. Barcenola: Pulso ediciones.
- Balladares, E. D. (2017). *Conocimiento, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en Estudiantes de Cuarto y Quinto Año del Colegio Santo Domingo de Guzmán-Rivas*. Rivas: UNAN- Managua.
- Barcía, J., San Cristóbal, J., & Rodriguez, M. (2009). Anticoncepción de emergencia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(2).
- Blanco, F. S., Martín, A. D., Sánchez, M. B., & Riberes, J. (2003). DIU en atención primaria. *Elsevier*, 41(3), 162-169.
- Blandon, M., & Sandino, A. (2014). *Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre el uso de Levonorgestrel como método anticonceptivo de emergencia de las estudiantes de la carrera de Química-Farmacéutica de la UNAN-Managua*. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Casas Rivero, J., & Gonzales, M. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 20-24.
- Cassigoli, R. (2016). Antropología de las practicas cotidianas. *Revista de Antropología Chilena*, 5-11.
- CODENI. (2017). *Federación Coordinadora Nicaragüense de ONG que trabajan con la Niñez y la Adolescencia*. Obtenido de Embarazos en Adolescentes: <http://www.codeni.org.ni/proteccion-especial/embarazos-en-adolescentes/embarazos-en-adolescentes/>
- Conde Salazar, M. S. (2015). *Conocimientos, actitudes y prácticas frente al uso de anticonceptivos orales de emergencia en internos de medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, diciembre 2014*. Peru: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Croxatto, L., Duran, M., & Ecurra, E. (2001). Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. *Contraception*, 111-121.
- ENDESA. (2012). *Encuesta Nacional de Demografía y salud, ENDESA 2011/2012*. Managua, Nicaragua: INIDE.
- Escudero, C., & Morales, L. (2018). *Relacion entre Conocimientos, Actitudes y Practicas del uso de anticoncepcion de emergencia en mujeres en edad fértil en Botica "Mi Doctor" en Los Olivos, Enero-Abril 2018*. Lima: Universidad Norbert Wiener.
- Estrada, R., Corea, K., & Acevedo, S. (2014). *Conocimiento, Actitudes y Practicas sobre Anticoncepción de emergencia en estudiantes de IV y V año de la carrera de medicina UNAN-Managua*. Managua: UNAN.

- Federacion Latinoamericana de Obstetricia y Ginecologia. (2013). *PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA. Guías médicas y de entrega de servicios en America Latina y el Caribe*. FLASOG.
- Flores, M. (2017). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE) en estudiantes de las áreas de la salud de la Universidad de Cuenca*. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez, C., & Baptista, M. (2010). *Metodologia de la Investigacion*. Mexico: McGrawHill.
- Lete Lasa, I., Arróniz, M., & Esquisábel, R. (15 de junio de 2001). Anticoncepción de Emergencia. *Atención Primaria*, 28(1), 59-66.
- Lopez de Castro, F., & Fernandez, O. (2006). Actalización en anticoncepción de emergencia. *Rev. Clín. Med. Fam*, 135-141.
- Lugones, M., & Ramirez, M. (2006). Anticoncepción de emergencia en la adolescencia. *Rev Cubana Pediatr*, 78.
- Martinez, M. (2010). El conocimiento: Su naturaleza y principales herramientas para su gestion. *Encuentros Multidisciplinarios* , 1-16.
- MINSA. (2008). *Normativa 002 "Norma y protocolo de planificacion familiar"*. Managua: Ministerio de Salud, Nicaragua.
- MINSA. (2015). *Segunda Edicion, Norma y Protocolo de Planificacion Familiar, No 002*. Managua: Ministerio de Salud.
- Oizerovich, S., & Labovsky, M. (2012). Mitos y realidades en anticoncepción de emergencia. *Revista de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva*, 42-48.
- OMS. (2 de Febrero de 2018). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
- Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médica. . (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).
- OMS. (2 de Febrero de 2018). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Anticoncepcion de Urgencia: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
- Pineda, E., Alvarado, E., & Canales, F. (1994). *Metodologia de la investigacion. Manual para el desarrollo de personal de salud*. Washington: OPS. Obtenido de <http://187.191.86.244/rceis/registro/Methodologia%20de%20la%20Investigacion%20Manual%20para%20el%20Desarrollo%20de%20Personal%20de%20Salud.pdf>
- Piura, J. (2008). *Metodología de la investigacion cientifica*. Managua: Xeror.
- Ramírez, A. V. (2009). La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. *Anales de la facultad de medicina*, 217-224.

- Rokeach, M. (1968). Naturaleza de las actitudes. *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, 15.
- Ruiz, E. (2015). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia Levonorgestrel, en estudiantes femeninas de quinto año de las carreras de enfermería del Instituto Politécnico de la Salud "Dr. LuisFelipe Moncada"*. Managua: CIES.
- Sampieri, R. H. (2010). *Metodología de la investigación*. Mexico : Mc graw hill.
- Sili, P., & Peláez, J. (2018). Nivel de conocimientos sobre la anticoncepción hormonal de emergencia en estudiantes de Medicina. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 44, 1-13.
- Suarez, V., Zavala, R., Ureta, J., Hajar, G., Lucero, J., & Pachas, P. (2010). EFECTO DEL LEVONORGESTREL COMO ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA EN LA OVULACIÓN, EL ENDOMETRIO, Y LOS ESPERMATOZOIDES. *REV PERU MED EXP SALUD PÚBLICA*, 222-230.
- Tellez, A. (2019 de Noviembre de 2019). Embarazos en adolescentes en Nicaragua. Posibles causas y consecuencias. *Revista con la A*(66).
- Tellez, S. (2019). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, en estudiantes de primer ingreso de La Universidad Ciencias Médicas en el AÑO 2019*. Managua: CIES.
- Trumper, E. (2007). *Anticoncepción Hormonal de Emergencia*. Buenos Aires: M. Valeria Isla.
- Urbina, L. (2018). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos de emergencia de Adultos Privados de Libertad del Sistema Penitenciario de Chontales; segundo semestre 2013*. Managua: Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua.
- Urbina, L. J. (2013). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos de emergencia de Adultos Privados de Libertad del Sistema Penitenciario de Chontales*. Chontales: UNAN- Managua.
- Vargas, S., & Estrada, C. (2013). Anticoncepción con dispositivo intrauterino. *Revista Médica de Costa Rica y CentroAmerica*, 227-231.
- Vargas, V., Ferrer, L., Tovar, J., & Macías, M. (2016). Anticoncepción de emergencia . *Revista Hospital Juarez de Mexico*, 148-156.

Anexos

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

UNAN MANAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO "RUBÉN DARÍO"

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Instrumento de recolección de datos.

I. Características sociodemográficas.

Edad:

- <17
- 18
- 19

Sexo:

- Femenino
- Masculino

Escolaridad:

- Primer año
- Segundo año
- Tercer año

Religión:

- Ninguna
- Católico
- Evangélico
- Adventista
- Otras

Procedencia:

- Casco urbano
- Rural

Estado Civil:

- Soltero
- Unión libre
- Casado
- Divorciado
- Viudo.

Hijos:

- Ninguno
- 1
- 2
- ≥ 3

II. Fuentes de información sobre anticoncepción de emergencia de los estudiantes de primero a tercer año de la carrera de medicina.

Marque con una X las respuestas que correspondan:

- ¿Ha escuchado hablar sobre anticoncepción de emergencia? Si _____ No _____.

➤ ¿A través de que medio informativo escucho sobre anticoncepción de emergencia?

Medio	Si	No
TV		
Publicidad		
Libros		
Revistas		
Periódico		
Redes Sociales		
Otros (Especificar)		

➤ ¿De qué personas ha obtenido la información sobre anticoncepción de emergencia?

Persona	Si	No
Padres		
Pareja		
Familiar		
Personal de salud		
Líder religioso		
Otro (Especificar)		

III. Conocimientos sobre anticoncepción de emergencia:

Marque con una X, la casilla que corresponda con la respuesta para cada enunciado presentado:

1. En cuanto a su concepto podemos decir que los métodos de anticoncepción de emergencia:	Si	No
1.1 Son métodos de prevención del embarazo		
1.2 Actúan luego de varias horas y pocos días de haber tenido relaciones sexuales sin protección		
1.3 Una vez que ocurrió la implantación, estos métodos no son eficaces		

2. Según los tipos de anticoncepción de emergencias se pueden mencionar:	Si	No
2.1 Hormonales Combinados (Método Yuzpe)		
2.2 Progestágenos solos (Levonorgestrel, PPMS)		
2.3 Dispositivo Intrauterino (DIU)		
2.4 Condón		
2.5 Coito interrumpido		

3. Las siguientes son indicaciones de anticoncepción de emergencia:	Si	No
3.1 Cuando hubo una relación sexual no protegida y la mujer no desea un embarazo		
3.2 En caso de querer interrumpir el embarazo no deseado		
3.3 Cuando falla el método anticonceptivo o no se usa correctamente		
3.4 Son métodos indicados para uso periódico		
3.5 En el caso de que una mujer haya sido víctima de una violación		

3.6 Se pueden indicar si la mujer ya está embarazada		
--	--	--

4. En cuanto al mecanismo de acción de los métodos de anticoncepción de emergencia, responda:	Si	No
4.1 Los AE hormonales (PPMS, Método Yuzpe), en el periodo pre- ovulatorio impiden o retrasan la ovulación		
4.2 Los AE hormonales (PPMS, Método Yuzpe), en el periodo post- ovulatorio alteran la consistencia del moco cervical		
4.3 Los AE hormonales (PPMS, Método Yuzpe), en el periodo post-ovulatorio alteran la movilidad del semen y del ovulo por las trompas de Falopio		
4.4 El DIU inhibe la fecundación alterando la movilidad de los espermatozoides		

5. Los métodos anticonceptivos de emergencia se administran de la siguiente manera:	Si	No
5.1 Los AE hormonales (PPMS, Método Yuzpe), deben administrarse lo más pronto posible, dentro de las primeras 72 horas después del coito sin protección o hasta los primeros 5 días.		
5.2 Los AE hormonales (PPMS, Método Yuzpe), se pueden tomar en única dosis.		
5.3 Los AE hormonales (PPMS, Método Yuzpe), se toman cada 12 horas, en dos dosis.		
5.4 El DIU debe insertarse lo más pronto posible o hasta un máximo de 7 días posteriores a la relación sexual sin protección.		

6. Sobre los Efectos colaterales	Si	No
6.1 Los métodos de AE hormonales (PPMS, Método Yuzpe), pueden causar efectos colaterales para la salud: como hemorragia, náuseas y vómitos.		
6.2 El DIU puede causar como efecto colateral cólicos abdominales		

7. Los métodos de anticoncepción de emergencia se distribuyen en:	Si	No
7.1 Centros de salud		
7.2 Puestos de salud		
7.3 Farmacias		
7.4 Hospitales		
7.5 ONG's		

IV. Actitudes de los estudiantes sobre la anticoncepción de emergencia:

Según el grado en el que está de acuerdo con el enunciado presentado, marque la casilla correspondiente, siendo: TD (totalmente de acuerdo), D (De acuerdo), I (Indeciso), ED (En desacuerdo), TE (Totalmente en desacuerdo).

Aspectos cognitivos	TD	D	I	ED	TE
¿Usted considera que los médicos dan información acerca de la anticoncepción de emergencia?					
Utilizar este método disminuiría las cifras de embarazos adolescentes					
La anticoncepción de emergencia puede disminuir la cantidad de interrupciones de embarazos					
La anticoncepción de emergencia es un derecho que tienen todas las mujeres. (la AE es un derecho de todas las mujeres)					
Los métodos de anticoncepción de emergencia solo los usan las trabajadoras sexuales					
Los Anticonceptivos de emergencia son solo utilizada por mujeres jóvenes y solteras					
Los anticonceptivos de emergencia pueden causar problemas de infertilidad en el futuro					
Los anticonceptivos de emergencia provocan aumento de peso					
Los anticonceptivos de emergencia pueden provocar alteraciones en la menstruación					
Los anticonceptivos de emergencia deberían distribuirse en todos los centros de salud y hospitales					

Aspectos conductuales	TD	D	I	ED	TE
¿Utilizaría anticonceptivos de emergencia para interrumpir un embarazo no deseado?					
¿Si fuera víctima de una violación usaría anticoncepción de emergencia?					
El uso de la anticoncepción de emergencia promueve las relaciones sexuales irresponsables.					
La anticoncepción de emergencia la utilizan únicamente las personas que son promiscuas					
Estoy de acuerdo en que los médicos promuevan la anticoncepción de emergencia.					
Sentiría vergüenza de utilizar la anticoncepción de emergencia.					
Usted recomendaría la anticoncepción de emergencia a sus amigos y familiares					
Es pecado el uso de Anticonceptivos de emergencia para evitar embarazo					
Es inmoral utilizar anticonceptivos de emergencia.					

La Iglesia los presenta como abortivos por eso no debo usarlos.

--	--	--	--	--	--

V. Practica de anticoncepción de emergencia que tiene la población estudiada.

¿A qué edad inicio su vida sexual?

- No ha iniciado
- ≤15 años
- ≥16

- Hace unos días
- Hace menos de una semana
- Hace más de una semana
- Hace más de un mes
- Otro_____

¿Qué tipo de método anticonceptivo usaste en tu primera relación sexual?

- Naturales
- Hormonales (Pastillas, Inyecciones)
- De barrera (Condón)
- Permanentes (Esterilización quirúrgica)
- De emergencia (PPMS)
- Ninguno
- Otros_____.

El tiempo en el que uso los métodos de anticoncepción de emergencia luego de la relación sexual fue:

- De inmediato
- 12 hrs
- 24 hrs
- 48
- ≥ 72hr

¿Qué tipo de método anticonceptivo utilizaste en tu última relación sexual?

- Naturales
- Hormonales (Pastillas, Inyecciones)
- De barrera (Condón)
- Permanentes (Esterilización quirúrgica)
- De emergencia (PPMS)
- Ninguno
- Otros_____.

¿Ha experimentado usted o su pareja algún efecto colateral por el uso de algún método de anticoncepción de emergencia?

Si____, No_____.

¿Alguna vez has utilizado algún método de anticoncepción de emergencias (PPMS)?

- Si
- No

¿Qué síntoma experimento?

En el último año, ¿cuántas veces utilizo la píldora para la mañana siguiente?

- Ninguna
- Una vez
- Dos veces
- Tres veces
- Mas de cuatro vece

Síntoma	Si	No
Leve sangrado irregular durante 1 o 2 días después de tomar la píldora.		
Menstruación que comienza antes o más tarde de lo esperado.		
Nauseas.		
Vómitos		
Aumento de la sensibilidad de mamas		
Cefalea.		
Cólicos abdominales		

¿Cuándo fue la última vez que utilizó métodos de anticoncepción de emergencia?

- Ayer

¿Cuál fue su reacción ante este efecto adverso?

- Buscar ayuda con familiares o amigos.
- Buscar ayuda en la unidad de salud.
- No buscar ayuda

¿Dónde adquirió los métodos anticonceptivos de emergencia que ha utilizado?:

- Centro de salud.
- Hospital
- Farmacia
- ONG's
- Otro_____.

¡Gracias por su colaboración!

Instrumento para la recolección de datos cualitativos:



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Grupo focal dirigido a estudiantes de medicina de áreas básicas de la Universidad nacional autónoma de Nicaragua, UNAN-Managua.

- 1. Nombre de la investigación:** CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE PRIMERO A TERCER AÑO, UNAN-MANAGUA, PERIODO FEBRERO - MARZO 2020
- 2. Objetivos:**

Objetivo de la investigación: Describir el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre anticoncepción de emergencia en estudiantes de medicina de primero a tercer año de la UNAN-Managua, periodo febrero - marzo 2020

Objetivo del grupo focal:

-Profundizar los mitos y creencias sobre la anticoncepción de emergencia en los estudiantes de primero, segundo y tercer año de la carrera de medicina.

3. Identificación del moderador

Nombre del moderador: _____

Nombre del Observador: _____

Hora de inicio: _____

Hora de finalización: _____

4. Participantes:

5. Preguntas-temática estímulos:

- 1) ¿Qué es la anticoncepción de emergencia?**
- 2) ¿Qué mitos ha escuchado sobre la anticoncepción de emergencia?**
- 3) ¿En qué casos se usan los métodos de anticoncepción de emergencia?**
- 4) ¿Con qué frecuencia es correcto usar anticoncepción de emergencia?**
- 5) ¿Qué repercusiones a la salud pueden producir el uso de la anticoncepción de emergencia?**
- 6) ¿Qué tipos de anticonceptivos de emergencia conoce?**
- 7) ¿Cuáles son las ventajas del uso de anticoncepción de emergencia?**
- 8) ¿Qué han escuchado sobre la anticoncepción de emergencia y religión?**

6. Tiempo:

La sesión tendrá una duración de 50 minutos

7. Cierre de la reunión:

Se culminará la sesión con un pequeño resumen de los debatido.

REGISTRO DE ACTIVIDADES

Grupo focal dirigido a estudiantes de medicina de áreas básicas de la Universidad nacional autónoma de Nicaragua, UNAN-Managua

1. Objetivos:

Objetivo de la investigación: Describir el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre anticoncepción de emergencia en estudiantes de medicina de primero a tercer año de la UNAN-Managua, periodo febrero - marzo 2020

Objetivo del grupo focal:

- Conocer los mitos y creencias sobre la anticoncepción de emergencia en los estudiantes de primero, segundo y tercer año de la carrera de medicina.
- identificar las ventajas y desventajas sobre anticoncepción de emergencia percibidas por la población en estudio.

GUIA DE GRUPO FOCAL				
TIEMPO	OBJETIVOS	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	RECURSOS DIDACTICOS
2 min	Dar a conocer a los estudiantes y agradecer su presencia y apoyo al estudio.	Br. Néstor Cáceres.	Bienvenida	Recurso Oral
4 min	Crear un ambiente de confianza en la audiencia para dar inicio a la reunión	Bra. Alisson Gadea.	Dinámica para conocerse "La Fiesta"	Juego

1 min	Dar a conocer cómo se realizar el grupo focal y explicar cómo deberá ser la participación de cada integrante, proporcionando antes una idea general del tema	Br. Néstor Cáceres.	Presentación de objetivos y explicación del motivo de reunión	Recurso Oral
5 min	Pregunta 1: ¿Qué es la anticoncepción de emergencia?	Bra. Alisson Gadea.	Desarrollo del grupo focal	Recurso Oral
5 min	Pregunta 2: ¿Qué mitos ha escuchado sobre la anticoncepción de emergencia?	Br. Néstor Cáceres.	Desarrollo del grupo focal	Recurso Oral
5 min	Pregunta 3: ¿En qué casos se usan los métodos de anticoncepción de emergencia?	Bra. Alisson Gadea.	Desarrollo del grupo focal	Recurso Oral
5 min	Pregunta 4: ¿Con qué frecuencia es correcto usar anticoncepción de emergencia?	Br. Néstor Cáceres.	Desarrollo del grupo focal	Recurso Oral
5 min	Pregunta 5: ¿Qué repercusiones a la salud pueden producir el uso de la anticoncepción de emergencia?	Bra. Alisson Gadea.	Desarrollo del grupo focal	Recurso Oral
5 min	Pregunta 6: ¿Qué tipos de anticonceptivos de emergencia conoce?	Br. Néstor Cáceres.	Desarrollo del grupo focal	Recurso Oral
5 min	Pregunta 7: ¿Cuáles son las ventajas del uso de anticoncepción de emergencia?	Bra. Alisson Gadea.	Desarrollo del grupo focal	Recurso Oral
5 min	Pregunta 8: ¿Qué han escuchado sobre la anticoncepción de emergencia y religión?	Br. Néstor Cáceres.	Desarrollo del grupo focal	Recurso Oral

2 min	Concluir actividad con un resumen y agradecer la participación en el estudio.	Bra. Alisson Gadea	Conclusiones generales y cierre de las reuniones	Recurso Oral
1 min	Entrega de refrigerio	Bra. Alisson Gadea Br. Néstor Cáceres.	Refrigerio	Galleta y jugo

Lista de participantes en el grupo focal:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

Preguntas-temática estímulos:

- **¿Qué es la anticoncepción de emergencia?**
- **¿Qué mitos ha escuchado sobre la anticoncepción de emergencia?**
- **¿En qué casos se usan los métodos de anticoncepción de emergencia?**
- **¿Con qué frecuencia es correcto usar anticoncepción de emergencia?**
- **¿Qué repercusiones a la salud pueden producir el uso de la anticoncepción de emergencia?**
- **¿Qué tipos de anticonceptivos de emergencia conoce?**
- **¿Cuáles son las ventajas del uso de anticoncepción de emergencia?**
- **¿Qué han escuchado sobre la anticoncepción de emergencia y religión?**

Moderador:

Observador:

NOTA: Se realizarán 3 grupos focales, uno por cada año académico.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua



UNAN-Managua

Recinto Universitario “Rubén Darío”

Facultad de Ciencias Médicas



Consentimiento informado:

Yo (iniciales) _____, estudiante de la carrera de medicina de _____ año, acepto de manera voluntaria participar como sujeto de estudio en el proyecto de investigación: **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE PRIMERO A TERCER AÑO DE LA UNAN-MANAGUA, PERIODO FEBRERO - MARZO 2020**, luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto, riesgos si los hubiera y beneficios directos e indirectos de mi participación en el estudio, y en el entendido de que:

- Mi participación como estudiante no repercutirá en mis actividades ni evaluaciones programadas en el curso.
- No habrá ninguna sanción para mí en caso de no aceptar la invitación.
- Puedo retirarme del llenado de la encuesta si lo considero conveniente a mis intereses, aun cuando el investigador responsable no lo solicite, informando mis razones; pudiendo si así lo deseo, recuperar toda la información obtenida de mi participación.
- No haré ningún gasto, ni recibiré remuneración alguna por la participación en el estudio.
- Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de mi participación, con un número de clave que ocultará mi identidad.
- Puedo solicitar, en el transcurso del estudio información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

Lugar y Fecha: _____

Firma del participante: _____

Firma del investigador: _____

Grupo focal dirigido a estudiantes de áreas básicas de la carrera de medicina.

Ejes de conversación	Preguntas	Estudiantes I año	Estudiantes II año	Estudiantes III año
Conocimientos	¿Qué es la anticoncepción de emergencia?	Los anticonceptivos de emergencia, como lo dice su nombre, son métodos que se utiliza cuando fallan los otros métodos de planificación que llevas, ya sean los métodos de barrera, los métodos hormonales, el DIU de cobre, todo lo que te pueda fallar, ya te tomas, creo que hay uno que se toma en una dosis y otro de dos dosis cada doce 12 horas, se utilizan antes de los 5 días.	Son métodos para evitar embarazos no deseados. Sirven en casos de relaciones sexuales sin protección o de violación.	Es usar la PPMS. Es sacarla antes de eyacular.
	¿Qué mitos han escuchado sobre la anticoncepción de emergencia?	Pues dicen no es muy segura; pero yo doy fe de que sí. Que te pueden provocar esterilidad. Una vez escuche una persona que dijo, mira creo que estoy embarazada, lo mejor es que me tome un té de hierbas para que se me caiga. Yo que vengo de colegio privado y así super católico, eso, de que son un pecado en primer lugar, que son abortivos que matan a bebés super formados, que ya son hasta “ingenieros”. Bueno he escuchado que lo usan como control de natalidad, para andar teniendo sexo de manera	Es algo que lo toman bastante a la ligera. Si tomas PPMS puedes quedar estéril, si las usas muchos no podés tener hijos después. Si tomas anticoncepción de emergencia subís de peso. Si usas las PPMS te va a dar cáncer. Que no siempre funcionan. Que alteran el ciclo menstrual. Que es como una caja anticonceptiva, que si te tomas una es como si te estuvieras tomando una caja entera.	Que si sentís que estas embarazada tenés que ir a tomar agua de coco totalmente pura y lo vas a abortar. Ante la duda un té de ruda. Que tomar té de canela, porque es abortivo. Si es tu primera vez, por si las moscas que siempre hay que usarla. Que te bebas varias pastillas en una semana para estar segura. Que no importa la cantidad de veces que te la tomes que no te va a hacer nada. He escuchado a personas decir que se puede usar como método regular. He escuchado a gente religiosa decir que es abortiva. Que si haces “el delicioso” y el hombre eyacula adentro, tenés que ir rápido

		irresponsable, que promueven el aborto por que matan al niño. Que cuando las mujeres se toman la pastilla tienen cambio de temperamento. He escuchado que hacen un cambio en la contextura física, porque supuestamente esta pastilla para la mañana siguiente te cambia tanto en la personalidad como en lo físico.		a beber líquido y a orinar porque con los restos de orina se va a ir el semen. Que con te de manzanilla podés evitarlo. Una raíz que se llama hombre grande, que se la dan a las mujeres y evitan así el embarazo porque les produce un sangrado masivo. Que la PPMS se puede hacer polvo y ponerla vaginal.
¿En qué casos se usa la anticoncepción de emergencia?	Cuando fallan los métodos anticonceptivos tradicionales. En violaciones. Sexo casual sin protección.	Si se rompe el condón durante la relación. En violaciones. En cualquier caso en el que falle el anticonceptivo que están usando. Por miedo de hacerlo sin protección, aunque el muchacho no termino adentro, por miedo se tomó la pastilla, aunque no había riesgo, lo hizo como por precaución.	Ante violaciones, lo cual es parte de los protocolos de los centros de salud, que si uno llega diciendo que ha sido abusada, lo primero que hacen es darle una PPMS. Si no estas planificando y de repente tuviste una relación ocasional sin preservativo tenés que usarla para evitar un embarazo. Si estas en una fiesta y uno se pone ebrio y no se acuerda o pierde el conocimiento, es mejor que la tome porque no sabe que pudo haber pasado.	

	<p>¿Con que frecuencia es correcto usar anticoncepción de emergencia?</p>	<p>Dos veces al año, no se debería utilizar del todo. Bueno la verdad es que no los deberías de utilizar del todo, pero pues lo que hablaba con un ginecólogo es que si 2 veces al año, algo así me dijo, pero así máximo, en caso de total emergencia, porque si se toman más se retrasa la ovulación.</p>	<p>Con muy poca frecuencia. En casos en los que sea estrictamente necesario. Solo en casos de extrema emergencia.</p>	<p>Lo recomendable es que se usen 2 veces por año, pero no consecutivamente. No es una ley que solo 2 veces al año y que así debe ser, solo es lo recomendable. Solo se debe usar con ese fin, o sea una verdadera emergencia, eso sería lo mejor y no como que cada 6 meses o cada 8 meses. A veces es por hacer conciencia en las personas, por el nivel hormonal que traen, por que digamos que esas pastillas (me los explicaba un Dr.) traen hormonas sintéticas que son los progestágenos y los estrógenos; pero por lo general últimamente por demandas que han sufrido los laboratorios que las hacen han quitado lo sintético, por que induce al cáncer en la mujer, entonces digo yo que es para crear conciencia que estipulan una cantidad de veces, como para que la gente recurra a otros medios de planificación familiar.</p>
	<p>¿Qué repercusiones a la salud puede producir el uso de anticoncepción de emergencia?</p>	<p>Descontrol en la menstruación. El abuso de la PPMS si puede provocar esterilidad. Yo escuche de la efectividad que se reduce entre más veces la uses.</p>	<p>Por experiencia lo digo (Femenino), la alteración en el ciclo menstrual, te desequilibra totalmente, después la regla te baja muy tarde o no te baja por mucho tiempo, te dan dolores menstruales espantosos, sangras antes de tu menstruación y la cara se te llena de espinillas, te da mucha hambre, es que es demasiado problema, para tomárselo así a la ligera, además de</p>	<p>El descontrol del ciclo menstrual. Si se toma, a largo plazo puede generar diversos tipos de cáncer. He leído que estas pueden producir fallo renal en las personas, y que afectan la producción de ciertas hormonas lo cual va a llevar a infertilidad, aparte de eso, como hay variación en la producción de hormonas, no solo afecta el aparato reproductor sino diferentes tipos de glándulas. He escuchado que también por la</p>

			todo esto puede que no funcione. Les dura menos el periodo.	misma cantidad de hormonas pueden causar endometriosis. No solo nivel físico va a causar daño, también a nivel emocional, por la misma cantidad de hormonas te puede generar depresión, ansiedad, estrés. Tengo una amiga que dice que cada vez que la bebe, la vomita y que no sabe si es que su cuerpo la rechaza o algo pero que siempre le pasa. Por la cantidad de hormona pueden tener una menopausia temprana y si queda embarazada luego puede tener problemas él bebe.
¿Qué tipos de anticonceptivos de emergencia conocen?	La PPMS. Los anticonceptivos de emergencia no solo son el levonorgestrel, también está el DIU.	La PPM. El misoprostol. Naturales como (el té de canela, el perejil).		Pues los naturales. La píldora para la mañana siguiente. El hombre grande.
¿Cuáles son las ventajas del uso de anticoncepción de emergencia?	Bueno la desventaja es que se daña la mujer. La ventaja es que no sacas al chaval. Una ventaja es que no es necesario usar condón, que al menos en mi caso, como hombre prefiero que sea así. Es ventajoso porque no vas a traer una criatura más, que no le vas a dar una buena vida. Las desventajas son para el cuerpo femenino nada más porque son una bomba de hormonas y todas las cosas que te provocan, todas las repercusiones pues que no son nada agradables. La ventaja es que si te falla el anticonceptivo que usas, tenés un	Pues solo sacar del apuro. Una de las ventajas es que da cierta seguridad de que no se queda embarazada, más cuando lo toman como por precaución.		Yo digo que es muy ventajoso en las violaciones, por que la persona no estaba de acuerdo y no fue responsabilidad de la mujer. A nivel económico, porque sabemos que no todos estamos preparados para sustentar a un bebe que venga, además si nos ponemos en el plan de que soy un joven y no cargo aun con responsabilidad, la mayoría de los que estamos en esta universidad tenemos una vida sexual activa y eso carga con una responsabilidad, por lo tanto el hecho de tener relaciones sexuales sabes que vas corriendo ese riesgo y aparte de eso si esa persona queda embarazada,

		respaldo y podés evitar un embarazo no deseado y no tener que llegar hasta un aborto, que sería un proceso más traumático que beberse una pastilla de anticoncepción de emergencia. Una desventaja es que vos te das cuenta que la pastilla fallo cuando ya te embarazaste y ahí no te vas a tomar otra, porque ya no haría nada, más que daño al producto y a la madre.		sabes que no puedes sustentar a esa familia y es ahí cuando son útiles este tipo de métodos, claro no es que los van a estar usando cada 2 meses.
Actitudes	¿Qué han escuchado sobre la anticoncepción de emergencia y la religión?	La verdad yo nunca he escuchado que la religión este en contra de los métodos anticonceptivos, porque es una forma de cuidarse, pero sí de los métodos abortivos; pero creo que la PPMS no se considera un método abortivo. Yo también estuve en un colegio católico y es cierto que se nos imponía prácticamente que estaba mal, había un profesor que a la vez era sacerdote y esa persona decía que era pecado usar PPMS, incluso decía que usar condón era pecado, que el sexo solo tenía finalidad reproductiva, o sea para procrear.	Por experiencia (Masculino), una vez fui a comprarla a la farmacia y me dijeron que ellos no vendían, porque eso era sinónimo de abortar y eso era matar. Muchos religiosos que son tradicionalistas, cualquier tipo de anticonceptivo y más los de emergencia los satanizan. Lo ven como un pecado. Es un tema tabú. En las escuelas católicas, más cuando son monjas las que dan clases, tienden a decir eso, que es un pecado, que mejor no lo hagas y que mejor no tomes nada, que asumas las consecuencias.	Yo debatía el tema con mi profesora de confirmación y ella dice que para eso están los métodos naturales. Por la misma doctrina, siempre se expresan bien mal de los anticonceptivos, que son cosas del demonio, que lo ocupan las vagabundas y cosas así. Yo hable con un sacerdote y él dijo que, el siente que cuando las mujeres toman la pastilla, las mamas si están matando por que el siente que su conciencia de madre les está diciendo, que están embarazadas y que por eso se toman la pastilla para acabar con eso, y que por eso él no lo apoyo. Lo que he escuchado es que están en contra que se tienen que mantener sin tener relaciones hasta el matrimonio. Los catecúmenos que ellos no usan ningún tipo de anticonceptivo porque piensan que van a tener los hijos que Dios les mande.

	<p>¿Qué imagen proyecta una persona que utiliza anticoncepción de emergencia?</p>	<p>Yo lo miraría normal. Bueno que es alguien que se está cuidando, que es responsable.</p>	<p>Suena feo pero las conocen como las cualesquiera, las que no se cuidan, son promiscuas, irresponsables y más si lo usa con frecuencia, queda ante las demás personas muy mal y siempre le van a decir que habiendo tantos métodos porque no se cuida de otra manera.</p>	<p>Si la utilizan de forma rutinaria, como si fuera planificación familiar, considero que estaríamos de hablando de alguien irresponsable y que tal vez no sabe el daño que le podría causar</p>
	<p>¿Ustedes recomendarían su uso a sus familiares y amigos?</p>	<p>No, la verdad no, a menos de que sea un caso demasiado de emergencia, que por cosas de la vida lo hizo mal. Lo recomendaría si falla un método anticonceptivo. Pues sí, pero en el caso de que sea una persona responsable, que yo sepa de que lo va a usar bien.</p>	<p>Si estuvieran en una mala situación, si les dijera que se lo tomaran, porque si ella no desea o es muy joven o tiene alguna circunstancia que le impida querer tener un hijo sí. Se lo recomendaría si las condiciones se prestan. Solo si fuera realmente necesario- Le daría la opción de que lo hagan, ya si ella la toma o no es decisión de ella. La verdad es que es decisión de cada quien, pero todos deberían tener esa opción a la mano. Si un amigo me dice que la necesita yo se la recomendaría y podría informarle lo más que pueda sobre eso. No lo recomendaría, o tal vez le diría a una joven adolescente mira lo puedes tomar ahora pero si lo seguir tomando te puede pasar esto y esto, le daría pues la lista de consecuencias y le diría que no es un juego esto de estarlo tomando, pero aun con todo</p>	<p>Si pero le daría las indicaciones adecuados para su uso.</p>

			<p>esto creo que es preferible esto, antes que un aborto ya más elaborado, que tenga que ser quirúrgico, que es más complicado y daña más psicológicamente que si te tomas una pastillas vos decís bueno ya ahí llego si funciona ya me salve, pero no corres todo eso de pasar por un aborto, de tener que hablar con tus papas, sino que es algo que puedes hacer muy rápido, pero aun así tenés que saber que tenés que cuidarte más responsablemente.</p>	
	¿Creen que son métodos abortivos?	No, definitivamente no creo que sean abortivos, porque después de la implantación ya no tienen efecto.	<p>Creo que si son un poco abortivos porque se la toman cuando creen que probablemente hubo fecundación. No son abortivos porque por eso se llaman anticoncepción, antes de concebir. Si no hay cuerpo no hay delito. Creo que no son abortivos, porque si no se lo tomaran a la ligera.</p>	<p>No, porque actúa antes de que se fecunde. No, porque ni siquiera se ha implantado el huevo. Esto depende de punto de vista, porque uno de los Doctores de embriología nos dijo, se considera un ser humano desde que ese ser ya tiene un género, y si tomamos en cuenta esto una vez fecundado ya tiene un género porque ya tiene una cadena de ADN, por lo tanto desde ese momento ya es un ser. Para mí no es abortiva porque cuando ya se da la fecundación, ya la PPMS no va a poder actuar. No es abortiva porque lo que hace es el desprendimiento, o sea no se adhiere bien a las paredes del útero. No es abortiva porque genera un ambiente inestable en el útero, por las hormonas.</p>

	<p>¿Creen que el sistema de salud limita el acceso a este tipo de métodos?</p>	<p>Creo que no lo limita, pero no siento que no son de buena calidad lo que dan, o no prestan a la población un buen servicio de esos preservativos, que es el más accesible pues el condón, que antes hasta en las universidades había un dispensador o algo así. De hecho no pienso que sea que lo limiten, simplemente siento que no lo promueven. Es que el punto es que aquí también están muy esquematizados, digamos que un chavalo como nosotros llega y le dice a alguien mire deme asesoría en educación sexual, lo primero que dicen es, miren a este chavalo que anda en cosas de adulto, entonces es eso lo que creo que limita a que los chavalos accedan a los anticonceptivos de emergencia. Bueno yo creo que es algo bien propio de los nicaragüenses, más en la farmacia, vas y te quedan viendo mal.</p>	<p>Tal vez no solo el sistema de salud, sino toda la sociedad en sí, porque no informan a la población sobre los métodos que ofrecen, porque si la población estuviera más informada sobre los métodos y a como hay farmacia que no los venden y hubiese farmacias donde las vendieran, creo que estaría bien que estuviera accesible a la población pero que ellos estuvieran informados sobre este método. Opino que está bien que solo lo vendan en las farmacias, porque si fuera así de te lo voy a regalar como un condón, entonces empezarían a pensar que pueden ir mañana al centro de salud por su PPMS y ya voy a estar tranquila, es que la gente se acostumbra y en lugar de ir por un condón, muy bien gracias lo hago sin condón y luego me consiguen mi PPMS, entonces es mejor que les cueste para que sepan que no es algo a lo que deberían recurrir constantemente. Las personas no saben, de verdad, si supieran todo sería diferente, pero es mejor que se mantenga una brecha porque es una opción muy sencilla, y</p>	<p>Pienso que antes daban más charlas que ahora, existían más organizaciones que ayudaban a que la población estuviera informada, últimamente hemos visto que se ha venido perdiendo. Yo creo que es la misma gente que a veces no quiere informarse por su propia cuenta y se quedan con lo que les dicen y si el otro les dice que es malo, simplemente le creen y ya. Yo no creo que el centro de salud lo limite, sino que a los muchachos les da pena pedir esos métodos por el que dirán.</p>
--	--	--	---	---

			luego lo toman como si fuera un anticonceptivo cualquiera.	
Practicas	Si ustedes se ven en la situación de necesitar un método de anticoncepción de emergencia, ¿Dónde irían a buscarlo?	En la farmacia. Creo que antes era gratuito en los centros de salud, pero ahora ya no las dan, entonces solo quedan las farmacias y algunas porque otras no las venden. Aunque las tuviera un centro de salud yo prefiero comprarlas en una farmacia porque las del MINSA son de baja calidad y peligroso no funcionan.	A una farmacia lejos de mi casa y que lo compre alguien que no sea yo. Solo la farmacia.	A una farmacia, es el lugar más cómodo y de más fácil acceso. Pues iría a una farmacia porque aunque dicen que en el centro de salud dan PPMS solo se las dan a las que llegan por violación

Segundo Etapa, Grupo Focal dirigido a estudiantes de medicina de áreas básicas.

Ejes de conversación	Hombres		Mujeres	
	Con vida sexual activa	Sin vida sexual activa	Con vida sexual activa	Sin vida sexual activa
Razones por las que los estudiantes de medicina no han iniciado vida sexual	Bueno, porque son más conservadores, como que tienen más miedo de experimentar y no solo en el ámbito sexual, también en general, por miedo a todo lo que viene con las clases y eso. Porque son feos, ósea, tienen tan baja autoestima que no les gusta ni hablarle a los demás y se empiezan a retraer un poco. Pienso que no han iniciado porque hay algunos que dicen que se están guardando así hasta el matrimonio. Pues, tal vez no es que no han iniciado, ahí la verdad en eso las mujeres son mentirosas, empiezan a mentir sobre su vida sexual, dicen que no y no y no, por pena y guardar su pulcro, porque yo ya me encontrado a muchas muchachas así. Es porque nuestro país es un país cristiano, ósea, hay muchas religiones, pero siempre hay muchas inclinaciones y todas llevan a lo mismo, entonces si	Porque cuando tenés una vida sexual, o cuando ya inicias una vida sexual ya no tenés derecho a que tus padres te mantengan. Por abstinencia. Primeramente a nivel de la educación de la casa, la que me han dado mis padres y como estudie en un colegio religioso, pues siempre promovían eso de la abstinencia, tampoco es que siga al filo todo lo que decían, pero también siento que no me ha dado la gana y que no he encontrado a la persona, pero también viene en parte de la educación que he traído desde chiquito. Yo por falta de oportunidades supongo. Tal vez no han iniciado por desconocimiento. Porque hay personas que están enfocadas en sus estudios, usted sabe, pues si tenés relaciones sexuales corres el riesgo y te podés tropezar. Tal vez por miedo, a que si lo haces,	No han iniciado por el miedo que le tienen a los padres, porque yo conozco a una chavala a la que sus padres la tienen tan controlada que la llevan periódicamente al ginecólogo para comprobar si es virgen, pero eso yo lo veo "Wow" a estas alturas del partido. Para mí que es por la religión porque empiezan a creer que es pecado. Creo que muchas personas están como que esquematizadas por su religión, por lo que yo he vivido y convivido con mi grupo, he visto, muchas personas que siguen al pie de la letra lo que dice su religión, especialmente los evangélicos, sin ánimos de ofender o discriminar. Yo creo que por convicciones propias, es tu decisión, ósea, no te sentís preparado, no crees que has conocido a la persona correcta, porque hay muchos que esperan a esa "persona especial"	Porque si algo sale mal y salís con una "bendición" te emancipas inmediatamente, ya no tenés derecho a que tus padres te den nada y a buscar a trabajar. Bueno, en mi caso, primero porque no he encontrado a la persona y dos porque tengo la tendencia a pensar que puede llegar a cometerse un error y puedo llegar a necesitar anticonceptivos de emergencia. Realmente porque es pecado tener relaciones sexuales. En mi caso pues porque soy responsable y no quiero cometer un error que me pueda causar daño y me interrumpa. Pienso que es algo de decisión propia, digamos que a veces es algo que se da y a veces que no y uno es el que decide si tenerlas o no.

	ellos se están informando con sus abuelos, con sus papas, y se han venido informando de que es pecado y así, hasta que vienen a managua y la mayoría se desenvuelven, se suelta y comienzan a hacer otras cosas y a experimentar. Yo no pienso que por desconocimiento, si eso no es cuestión de saber, es solo que te caiga bien alguien y ya.	aunque uses métodos, por ejemplo, si usas condón se te rompa, o que la inyección te falle, entonces para evitar eso mejor no hago nada.		
Razones por las que los estudiantes de medicina ya iniciaron vida sexual	Porque se dio la ocasión, la oportunidad. Por amor. Por probar. Es que en realidad no es como que uno lo piensa mucho y decís, hoy quiero tener relaciones, solo pasó y pasó. A mi parecer es por cuestión de oportunidades, porque si uno tiene la oportunidad uno viene y lo hace. Creo que se inicia más en secundaria, porque a esa edad es que se experimentan los cambios y el cuerpo lo empieza a pedir, por eso es que ya inician a la universidad con vida sexual iniciada.	Por no pensar, solo experimentar. Supongo que es algo que solo se da, se conocieron, se fueron y pasó. Yo pienso que a veces hay presión entre los mismos amigos, pero no en la universidad, ya en esta etapa no, sino, más bien en secundaria, por eso muchos inician.	Porque estábamos enamorados. Por ganas, por lo menos yo tuve la oportunidad, sabia como cuidarme, sabía lo que hacía y confiaba en la persona, no era un desconocido. Creo que es bastante personal, ósea, personal en el sentido de que yo decidí hacerlo, estuve con mi pareja, ponele, hay personas que son más diferentes, son más abiertas con ese tema de que tengo una pareja, dilaté un mes con ella, tuve relaciones y listo, hay otras que esperan más tiempo, como tres años, es relativo.	Conozco a muchas personas que igual que yo se ven inhibidas por razones ideológicas o religiosas. A veces puede ser por presión social. En algunos grupos y más en los hombres que en las mujeres y entonces empiezan a decirles “ideay ¿es que vos no sos hombrecito?”
¿Qué método anticonceptivo utilizan con mayor frecuencia los	El condón es el que más se usa, porque es el más accesible, es el más barato y no es difícil de conseguir,	El implante he escuchado y eso es tal vez porque como no se mira y además es efectivo. Yo he escuchado	El condón es el que más se usa, también he escuchado muchas que optan por el implante. El implante subdérmico, de mis	No quiero que piensen que yo los he usado, pero lo que más he escuchado entre mis compañeras de clase es que las pastillas

estudiantes de medicina?	además, muchas veces las relaciones sexuales son de oportunidades y no es como que anden planeando, porque el anticonceptivo es más para una relación estable. Las pastillas, se las están comiendo como si fuera "Hulk" como si fueran caramelos. El preservativo, a veces uno no lo tiene que buscar, la mujer resuelve. El método de los treinta días y el del calendario.	que el condón y las pastillas. Pues yo he escuchado el implante porque dura 5 años y en ese tiempo te ahorras todos los otros métodos que podrías usar, "sacale pluma"	amigas casi todas, y lo usan porque es el más seguro. También ahora hay una aplicación, se llama "Clue" que la utilizan bastante para saber su periodo fértil y ya en esos días que les señala la aplicación no tienen nada.	porque la inyección te engorda. Bueno, yo he escuchado que mejor el novio la saque antes de terminar para que no metas hormonas. Yo he escuchado que el condón, porque es más accesible, es más fácil ir a una farmacia a comprar un condón que ir a decir que te pongan un DIU.
¿Cómo son los conocimientos de los estudiantes sobre los anticonceptivos de emergencia?	No es tan buena, porque el hecho de seamos estudiantes de medicina no quiere decir que sepamos mucha información sobre el tema. Yo pienso que es bastante promedio, nada del otro mundo tampoco, o la verdad creo que es igual al que domina la población en general.	No es tan bueno, creo que debería haber más charlas sobre este tema. Creo que no saben, porque yo he conocido a personas que piensan que tal vez es el hombre que se las bebe. Yo he conocido a personas que la parten y se beben la mitad la mujer y la mitad el varón.	Yo creo que es buena, porque desde las primeras clases nos estaban enseñando de eso, son temas que hemos visto en clases como biología. Yo sí creo que es malo, porque hemos escuchado todo es tipo de cosas aquí entre nuestros mismos compañeros.	Creo que es malo y es preocupante porque a uno lo relacionan con las ciencias de la salud y ya le caminan preguntando y a veces uno no sabe y no se da cuenta.
¿Cómo son las actitudes de los estudiantes sobre los anticonceptivos de emergencia?	Creo que hay varios puntos de vistas y actitudes. Creo que si es un método aceptado porque pues lo usan y nos ha salvado a algunos.	Yo pienso que tienen una buena actitud, porque lo usan, es un método aceptado. Yo creo que si tienen buena actitud, porque si lo usan.	Pues veo que es un método bastante aceptado por la gran mayoría. Bueno, a mí no me parece ese método, por lo menos yo ni lo recomendaría, yo la probé y no me gusto el efecto que me dio.	Yo conozco casos de aquí, de otros grupos, que han abortado inclusive, pero yo pienso que es conveniente tomar la PPMS para no llegar a esos extremos. Si es una emergencia, es una emergencia y es mejor tomarla antes que tener una bendición.

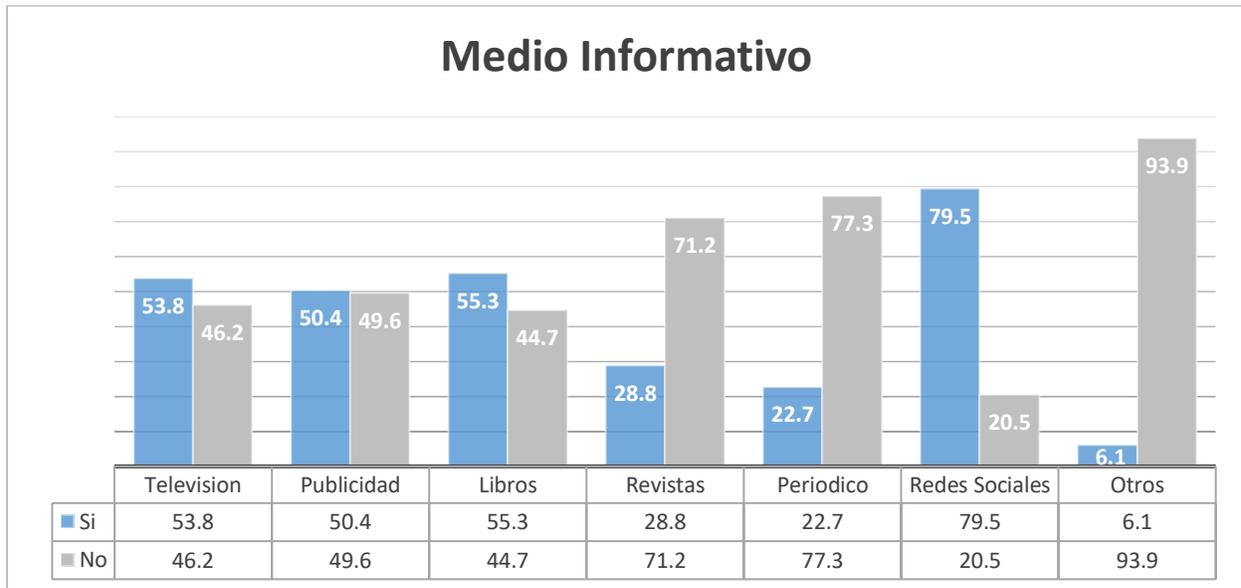
<p>¿Cómo son las prácticas de los estudiantes sobre los anticonceptivos de emergencia?</p>	<p>Yo pienso que mucha gente lo usa mal, porque pues lo usan periódicamente, conozco a muchas chavalas que a cada rato. Yo pienso que lo saben usar, con las personas que me relaciono y que han hablado sobre el tema siento que lo han usado bien. Yo creo que depende del momento en que se dé, porque la mayoría son casuales, o sea te conocí, se dio, pareciera chiste, pero pasa y ya luego cada quien por su lado, pero aquí en la universidad, yo estoy seguro de que no se practica bien, porque la usan muy seguido, porque no tienen un método, como decía, como son relaciones casuales no tienen algo como para planificar, en cambio si ya hay una pareja estables pues ahí si ya se usa un método y ya hay una planificación.</p>	<p>Si no se conoce el riesgo se usa y se abusa. Creo que hay poco conocimiento y por ende se usa mal. Solo lo hacen y después ya él le dice toma los 70 para la pastilla y no se vuelven a ver. Voy a ser sincero, hoy fui a comprar una, vale 51 pesos, pero no era para mi pues, era para un broder, le hice el favor pues, porque yo no quiero que deje de estudiar, o se salga de la carrera.</p>	<p>Pues hasta ahora tengo pocas referencias, pero creo que con el conocimiento y las ganas de investigar propio de un estudiante de medicina, diría yo que se utilizan de una mejor manera, que en otros grupos donde no les gustan investigar ni saber de estos temas.</p>	<p>Creo que si llegara a tener relaciones utilizaría anticonceptivos regulares, porque por lo menos las pastillas se tienen que usar un mes antes que yo sepa, pero no utilizaría de emergencia. Creo que no es tan buena, no se conoce lo suficiente del tema como para darle un buen uso siempre. Creo que si se informan bien o investigan bien creo que la van a usar bien.</p>
--	---	---	---	---

Tabla 1. Características sociodemográficas de los estudiantes de medicina de primero a tercer año, UNAN-Managua, periodo febrero – marzo, 2020.

Características Sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
17 años	70	24.6
18 años	101	35.4
19 años	110	38.6
>20 años	4	1.4
Total	285	100
Sexo		
Femenino	179	62.8
Masculino	106	37.1
Total	285	100
Año de la carrera		
Primer año	94	33
Segundo año	92	32.3
Tercer año	99	34.7
Total	285	100
Religión		
Ninguna	54	18.9
Católico	135	47.4
Evangélico	79	27.7
Adventista	7	2.5
Otros	10	3.5
Total	285	100
Procedencia		
Casco Urbano	247	86.7
Rural	38	13.3
Total	285	100
Estado civil		
Soltero	265	93
Unión libre	15	5.3
Casado	3	1.1
Viudo	2	0.7
Total	285	100
Número de Hijos		
Ninguno	279	97.9
1	4	1.4
2	1	0.4
>3	1	0.4
Total	285	100

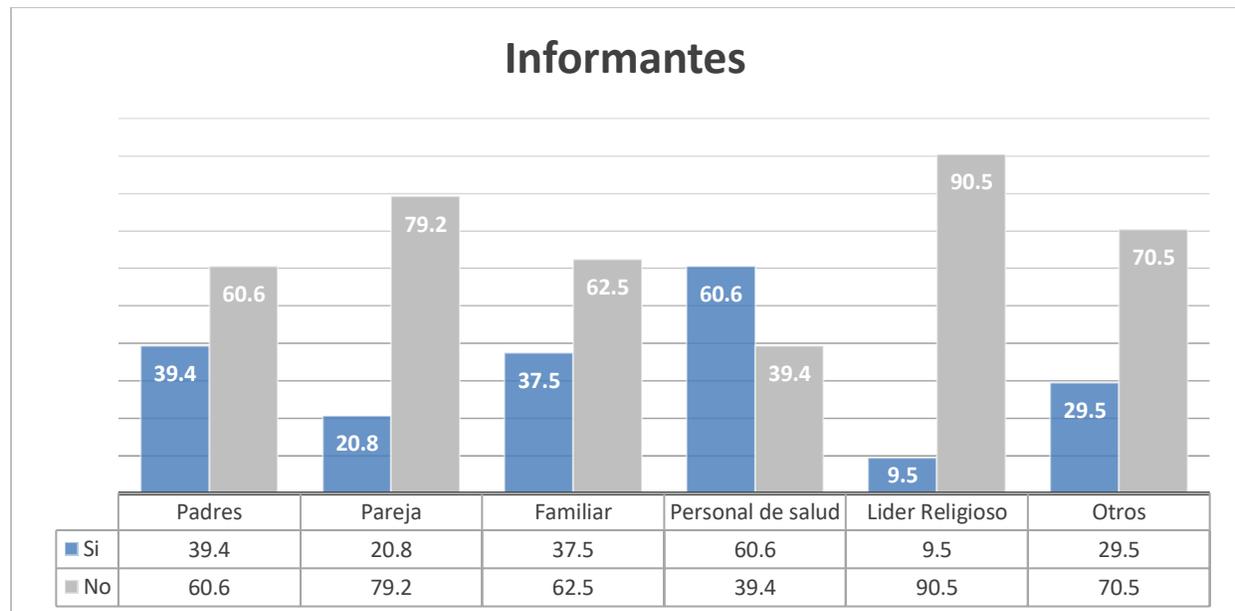
Fuente. Encuesta realizada a estudiantes de áreas básicas de la carrera medicina, UNAN-Managua, sobre CAP de AE, Feb-Mar, 2020

Gráfico 1. Medios informativos a través de los cuales los estudiantes de medicina obtuvieron información sobre anticoncepción de emergencia, UNAN-Managua, periodo febrero – marzo, 2020.



Fuente. Encuesta realizada a estudiantes de áreas básicas de la carrera medicina, UNAN-Managua, sobre CAP de AE, Feb-Mar, 2020

Gráfico 2. Personas informantes de los estudiantes de medicina, UNAN-Managua, periodo febrero – marzo, 2020.



Fuente. Encuesta realizada a estudiantes de áreas básicas de la carrera medicina, UNAN-Managua, sobre CAP de AE, Feb-Mar, 2020

Conocimientos

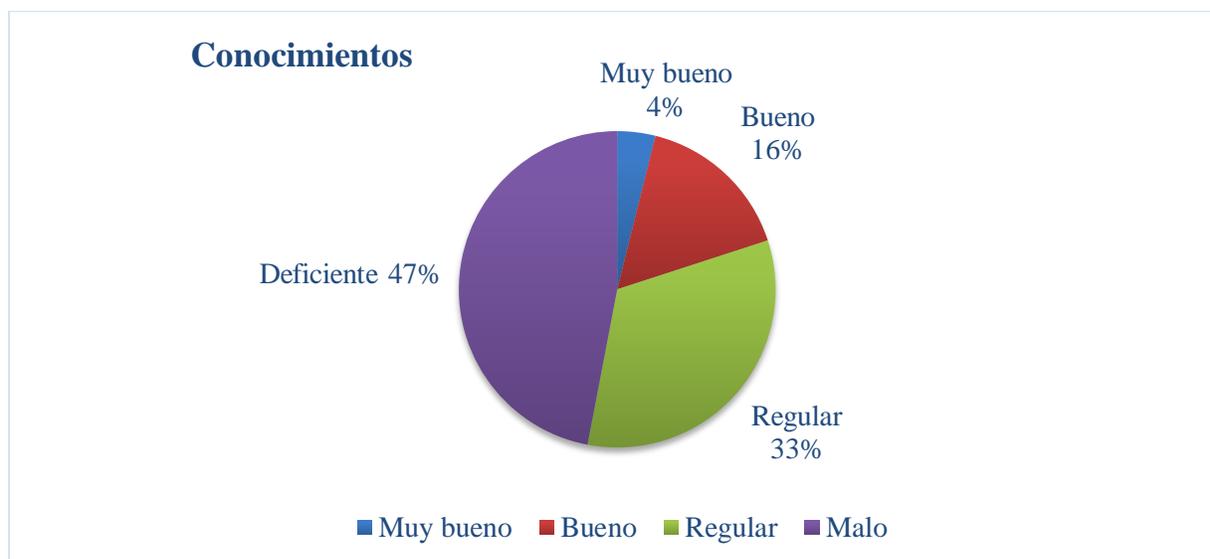
Tabla 2. Conocimientos sobre anticoncepción de emergencia en estudiantes de medicina de primero a tercer año, UNAN-Managua, periodo febrero - marzo 2020.

Conocimientos	Si		No	
	N°	%	N°	%
Concepto				
Son métodos de prevención del embarazo	200	70.2	85	29.8
Actúan luego de varias horas y pocos días de haber tenido relaciones sexuales sin protección	190	66.7	95	33.3
Una vez que ocurrió la implantación, estos métodos no son eficaces	99	34.7	186	65.3
Tipos de anticoncepción de emergencia:				
Hormonales Combinados (Método Yuzpe)	145	50.9	140	49.1
Progestágenos solos (Levonorgestrel, PPMS)	258	90.5	27	9.5
Dispositivo Intrauterino (DIU)	102	35.8	183	64.2
Condón	178	62.5	107	37.5
Coito interrumpido	141	49.5	144	50.5
Indicaciones de anticoncepción de emergencia				
Cuando hubo una relación sexual no protegida y la mujer no desea un embarazo	230	80.7	55	19.3
En caso de querer interrumpir el embarazo no deseado	105	36.8	180	63.2
Cuando falla el método anticonceptivo o no se usa correctamente	218	76.5	67	23.5
Son métodos indicados para uso periódico	117	41.1	168	59.9
En el caso de que una mujer haya sido víctima de una violación	216	75.8	69	24.2
Se pueden indicar si la mujer ya está embarazada	84	29.5	201	70.5
Mecanismo de acción de los métodos de anticoncepción de emergencia				
Los AE hormonales (PPMS, Método Yuzpe), en el periodo pre-ovulatorio impiden o retrasan la ovulación	163	57.2	122	42.8
Los AE hormonales (PPMS, Método Yuzpe), en el periodo post-ovulatorio alteran la consistencia del moco cervical	136	47.7	149	52.3
Los AE hormonales (PPMS, Método Yuzpe), en el periodo post-ovulatorio alteran la movilidad del semen y del ovulo por las trompas de Falopio	111	38.9	174	61.1
El DIU inhibe la fecundación alterando la movilidad de los espermatozoides	133	46.7	152	53.3
Forma de administración				

Los AE hormonales (PPMS, Método Yuzpe), deben administrarse lo más pronto posible, dentro de las primeras 72 horas después del coito sin protección o hasta los primeros 5 días.	223	78.2	62	21.8
Los AE hormonales (PPMS, Método Yuzpe), se pueden tomar en única dosis.	172	60.4	113	39.6
Los AE hormonales (PPMS, Método Yuzpe), se toman cada 12 horas, en dos dosis.	70	24.6	215	75.4
El DIU debe insertarse lo más pronto posible o hasta un máximo de 7 días posteriores a la relación sexual sin protección.	123	43.2	162	56.8
Efectos colaterales				
Los métodos de AE hormonales (PPMS, Método Yuzpe), pueden causar efectos colaterales para la salud: como hemorragia, náuseas y vómitos.	238	83.5	47	16.5
El DIU puede causar como efecto colateral cólicos abdominales	135	47.4	150	52.6
Lugares de Distribución:				
Centros de salud	173	60.7	112	39.3
Puestos de salud	137	48.1	148	51.9
Farmacias	241	84.6	44	15.4
Hospitales	163	57.2	122	42.8
ONG's	91	31.9	194	68.1

Fuente. Encuesta realizada a estudiantes de áreas básicas de la carrera medicina, UNAN-Managua, sobre CAP de AE, Feb-Mar, 2020

Gráfico 3. Nivel de conocimiento sobre anticoncepción de emergencia de los estudiantes de medicina, UNAN-Managua, periodo febrero - marzo 2020.



Fuente. Encuesta realizada a estudiantes de áreas básicas de la carrera medicina, UNAN-Managua, sobre CAP de AE, Feb-Mar, 2020

Actitudes

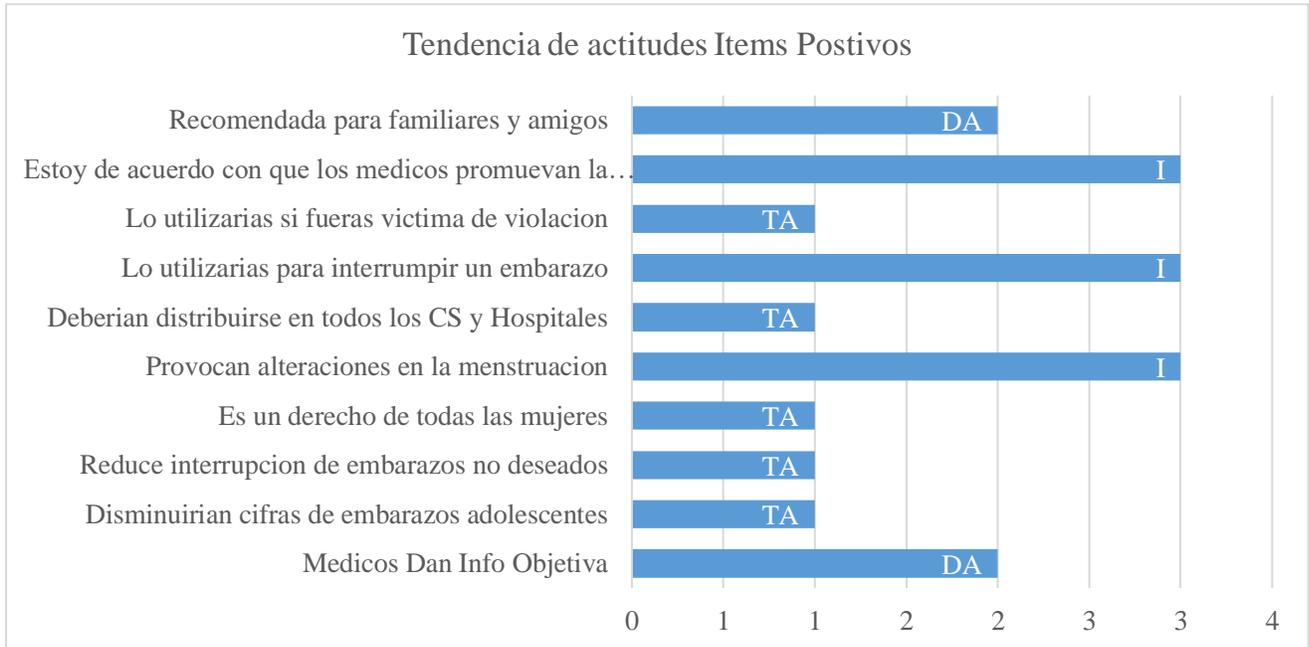
Tabla 3. Actitudes sobre anticoncepción de emergencia de los estudiantes de medicina, UNAN-Managua, periodo febrero - marzo 2020.

Actitud	TD		DA		I		ED		TE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Aspectos Cognitivos										
¿Usted considera que los médicos dan información acerca de la anticoncepción de emergencia?	96	33.7	102	35.8	64	22.5	16	5.7	7	2.5
Utilizar este método disminuiría las cifras de embarazos adolescentes	103	36.1	89	31.2	59	20.7	23	8.1	11	3.9
La anticoncepción de emergencia puede disminuir la cantidad de interrupciones de embarazos	115	40.4	92	32.3	50	17.5	17	6	11	3.9
La anticoncepción de emergencia es un derecho que tienen todas las mujeres. (la AE es un derecho de todas las mujeres)	156	54.7	71	24.9	36	12.6	12	4.2	10	3.5
Los métodos de anticoncepción de emergencia solo los usan las trabajadoras sexuales	9	3.2	6	2.1	33	11.6	73	25.6	164	57.5
Los Anticonceptivos de emergencia son solo utilizada por mujeres jóvenes y solteras	10	3.5	29	10.2	59	20.7	78	27.4	109	38.2
Los anticonceptivos de emergencia pueden causar problemas de infertilidad en el futuro	80	28.1	80	28.1	100	35.1	18	6.3	7	2.5
Los anticonceptivos de emergencia provocan aumento de peso	42	14.7	61	21.4	128	44.9	33	11.6	21	7.4
Los anticonceptivos de emergencia pueden provocar alteraciones en la menstruación	41	14.4	86	30.2	126	44.2	20	7	12	4.2
Los anticonceptivos de emergencia deberían distribuirse en todos los centros de salud y hospitales	123	43.2	68	23.9	66	23.2	15	5.3	13	4.6
Aspectos Conductuales										

¿Utilizaría anticonceptivos de emergencia para interrumpir un embarazo no deseado?	28	9.8	38	13.3	82	28.8	57	20	80	28.1
¿Si fuera víctima de una violación usaría anticoncepción de emergencia?	149	52.3	55	19.3	51	17.9	15	5.3	15	5.3
El uso de la anticoncepción de emergencia promueve las relaciones sexuales irresponsables.	54	18.9	67	23.5	65	22.8	54	18.9	45	15.8
La anticoncepción de emergencia la utilizan únicamente las personas que son promiscuas	12	4.2	16	5.6	65	22.8	85	29.8	107	37.5
Estoy de acuerdo en que los médicos promuevan la anticoncepción de emergencia.	28	9.8	30	10.5	98	34.4	66	23.2	63	22.1
Sentiría vergüenza de utilizar la anticoncepción de emergencia.	24	8.4	12	4.2	69	24.2	89	31.2	91	31.9
Usted recomendaría la anticoncepción de emergencia a sus amigos y familiares	66	23.2	93	32.6	80	28.1	26	9.1	20	7
Es pecado el uso de Anticonceptivos de emergencia para evitar embarazo	21	7.4	20	7	82	28.8	57	20	105	36.8
Es inmoral utilizar anticonceptivos de emergencia.	15	5.3	27	9.5	58	20.4	72	25.3	113	39.6
La Iglesia los presenta como abortivos por eso no debo usarlos.	27	9.5	37	13	85	29.8	42	14.7	94	33

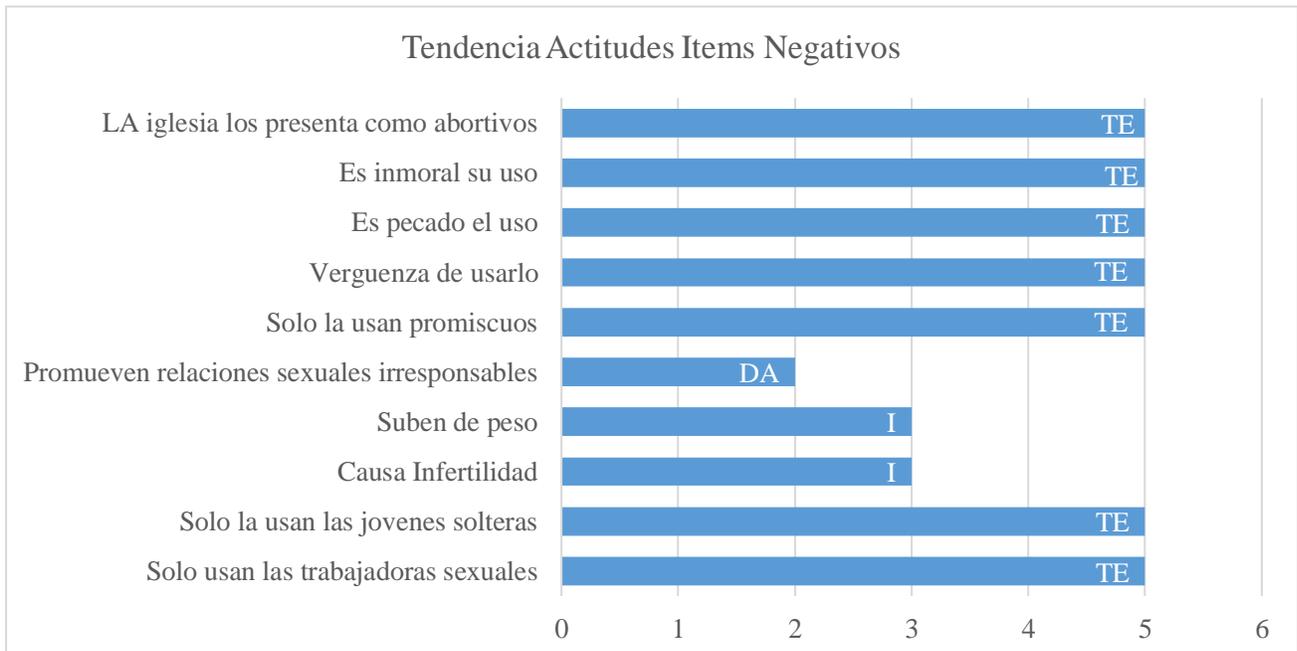
Fuente. Encuesta realizada a estudiantes de áreas básicas de la carrera medicina, UNAN-Managua, sobre CAP de AE, Feb-Mar, 2020

Gráfico 4. Moda de respuesta hacia ítems positivos en los estudiantes de medicina, UNAN-Managua, periodo febrero - marzo 2020.



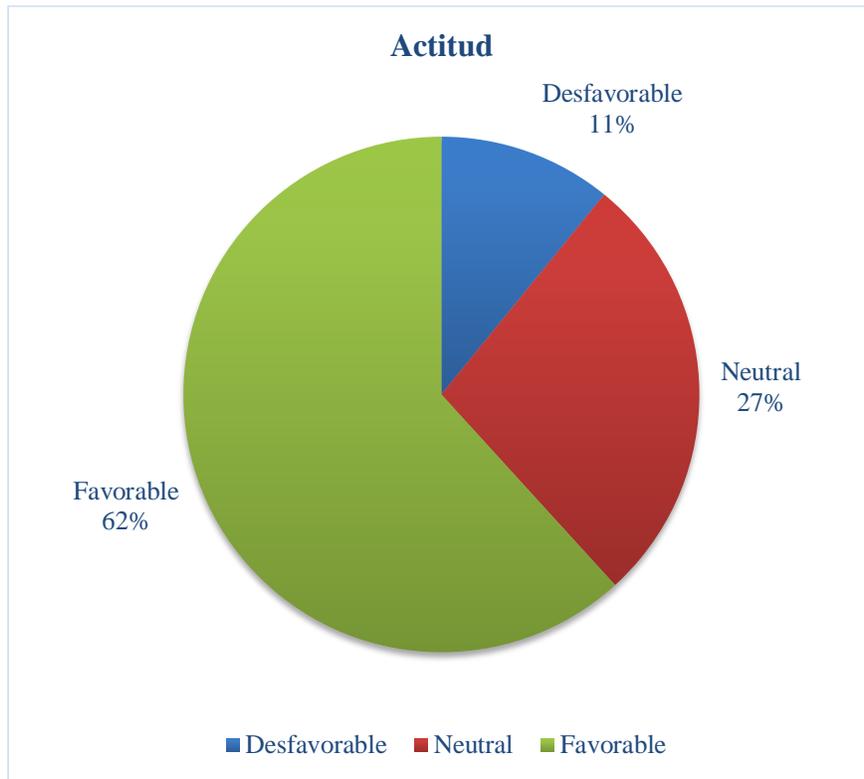
Fuente. Encuesta realizada a estudiantes de áreas básicas de la carrera medicina, UNAN-Managua, sobre CAP de AE, Feb-Mar, 2020

Gráfico 5. Moda de respuestas hacia ítems negativos en los estudiantes de medicina, UNAN-Managua, periodo febrero - marzo 2020.



Fuente. Encuesta realizada a estudiantes de áreas básicas de la carrera medicina, UNAN-Managua, sobre CAP de AE, Feb-Mar, 2020

Gráfico 6. Nivel de actitudes sobre anticoncepción de emergencia de los estudiantes de medicina, UNAN-Managua, periodo febrero - marzo 2020.



Fuente. Encuesta realizada a estudiantes de áreas básicas de la carrera medicina, UNAN-Managua, sobre CAP de AE, Feb-Mar, 2020

Prácticas

Tabla 4. Inicio de vida sexual de los estudiantes de medicina de primero a tercer año, UNAN-Managua, periodo febrero - marzo 2020.

Inicio de vida sexual activa		
	Frecuencia	Porcentaje
No ha iniciado	174	61.1
<15 años	33	11.6
>16	78	27.4
Total	285	100.0

Fuente. Encuesta realizada a estudiantes de áreas básicas de la carrera medicina, UNAN-Managua, sobre CAP de AE, Feb-Mar, 2020

Tabla 5. Métodos anticonceptivos que los estudiantes de medicina usaron en su primera y última relación sexual, UNAN-Managua, periodo febrero - marzo 2020.

n=111 (los que tienen prácticas sexuales)

	Método anticonceptivo usado en la primera relación sexual		Método anticonceptivo usado en la última relación sexual	
	N°	%	N°	%
Natural	7	6.3	3	2.7
Hormonal	6	5.4	13	11.7
De Barrera	67	60.4	63	56.8
Permanente	0	0	3	2.7
Emergencia	21	18.9	15	13.5
Ninguno	10	9	14	12.6
Total	111	100.0	111	100.0

Fuente. Encuesta realizada a estudiantes de áreas básicas de la carrera medicina, UNAN-Managua, sobre CAP de AE, Feb-Mar, 2020

Tabla 6. Frecuencia de uso de anticoncepción de emergencia en el último año, UNAN-Managua, periodo febrero - marzo 2020.

n=82 (los que usaron anticoncepción de emergencia)

Frecuencia de uso AE en el último año		
	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	16	19.5
Una vez	40	48.8
Dos veces	11	13.4
Tres veces	10	12.2
Mas de cuatro veces	5	6.1
Total	82	100.0

Fuente. Encuesta realizada a estudiantes de áreas básicas de la carrera medicina, UNAN-Managua, sobre CAP de AE, Feb-Mar, 2020.

Tabla 7. Ultima vez que los estudiantes usaron anticoncepción de emergencia, UNAN-Managua, periodo febrero - marzo 2020.

n=82 (los que usaron anticoncepción de emergencia)

Ultima vez que uso AE		
	Frecuencia	Porcentaje
Un día antes del llenado de la encuesta	3	3.7
Hace menos de una semana	6	7.4
Hace más de una semana	15	18.2
Hace más de un mes	42	51.2
Hace más de un año	16	19.5
Total	82	100.0

Fuente. Encuesta realizada a estudiantes de áreas básicas de la carrera medicina, UNAN-Managua, sobre CAP de AE, Feb-Mar, 2020.

Tabla 8. Intervalo de uso de la anticoncepción de emergencia luego de la relación sexual, en estudiantes de medicina de primero a tercer año, UNAN-Managua, periodo febrero - marzo 2020.

n=82 (los que usaron anticoncepción de emergencia)

Tiempo de uso postcoito		
	Frecuencia	Porcentaje
De Inmediato	40	48.8
12 horas	24	29.3
24 horas	13	15.8
48 horas	3	3.7
>72 horas	2	2.4
Total	82	100.0

Fuente. Encuesta realizada a estudiantes de áreas básicas de la carrera medicina, UNAN-Managua, sobre CAP de AE, Feb-Mar, 2020.

Tabla 9. Síntomas experimentados como efecto colateral por estudiantes de medicina de primero a tercer año, UNAN-Managua, periodo febrero - marzo 2020.

n=56 (los que refirieron experimentar síntomas)

Síntoma experimentado	Frecuencia	Porcentaje
Sangrado Irregular		
Si	25	44.6
No	31	55.4
Total	56	100
Menstruación que comienza antes o después de lo esperado		
Si	43	76.8
No	13	23.2
Total	56	100
Nauseas		
Si	23	41.1
No	33	58.9
Total	56	100
Vómitos		
Si	10	17.9
No	46	82.1
Total	56	100
Aumento de la sensibilidad de mamas		
Si	19	33.9
No	37	66.1
Total	56	100
Cefalea		
Si	10	17.9
No	46	82.1
Total	56	100
Cólicos abdominales		
Si	21	37.5
No	35	62.5
Total	56	100

Fuente. Encuesta realizada a estudiantes de áreas básicas de la carrera medicina, UNAN-Managua, sobre CAP de AE, Feb-Mar, 2020.

Tabla 10. Búsqueda de ayuda ante el efecto adverso experimentado por el uso de anticoncepción de emergencia, UNAN-Managua, periodo febrero - marzo 2020, distribución según la reacción ante el efecto adverso experimentado.

n=56 (los que experimentaron síntomas)

Reacción ante el efecto adverso experimentado		
	Frecuencia	Porcentaje
Buscar ayuda con familiares o amigos	11	19.6
Buscar ayuda en unidad de salud	12	21.4
No buscar ayuda	33	59
Total	56	100.0

Fuente. Encuesta realizada a estudiantes de áreas básicas de la carrera medicina, UNAN-Managua, sobre CAP de AE, Feb-Mar, 2020.

Tabla 11. Lugares donde los estudiantes de medicina adquirieron los métodos de anticoncepción de emergencia, UNAN-Managua, periodo febrero - marzo 2020.

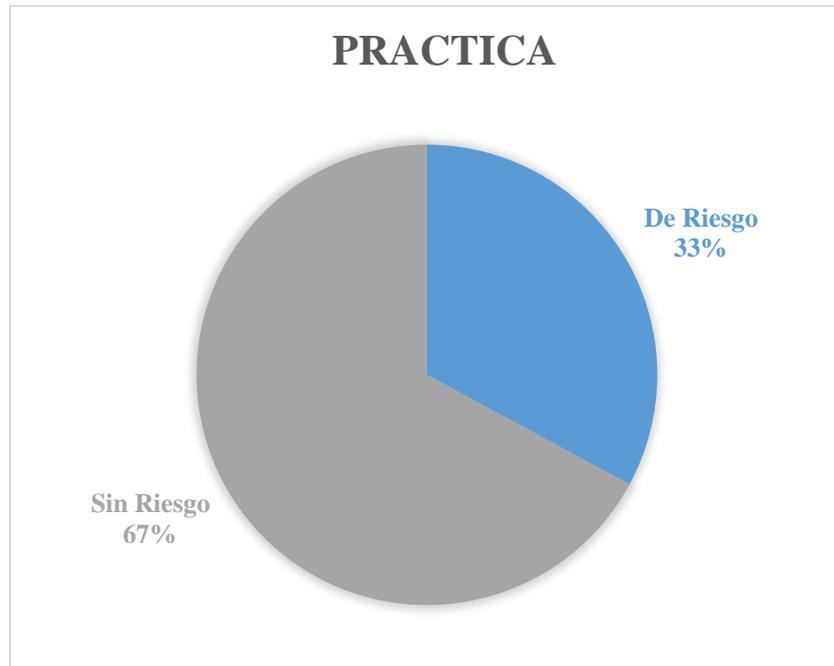
n=82 (los que usaron anticoncepción de emergencia)

Lugar donde adquirió el método de anticoncepción de emergencia		
	Frecuencia	Porcentaje
Centro de Salud	3	3.7
Hospital	2	2.4
Farmacia	75	91.5
ONG's	2	2.4
Total	82	100.0

Fuente. Encuesta realizada a estudiantes de áreas básicas de la carrera medicina, UNAN-Managua, sobre CAP de AE, Feb-Mar, 2020.

Gráfico 7. Prácticas sobre anticoncepción de emergencia en estudiantes de medicina de primero a tercer año, UNAN-Managua, periodo febrero - marzo 2020.

n=82 (de los que han usado anticoncepción de emergencia)



Fuente. Encuesta realizada a estudiantes de áreas básicas de la carrera medicina, UNAN-Managua, sobre CAP de AE, Feb-Mar, 2020.

Tabla 12. Sexo y Año de la carrera que cursa vs nivel de conocimiento de los estudiantes de medicina, UNAN- Managua, periodo febrero - marzo 2020.

Características sociodemográficas	Nivel de conocimiento								Total	N°	%
	Muy Bueno		Bueno		Regular		Deficiente				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%			
Sexo											
Femenino	7	2.5	26	9.1	56	19.6	90	31.6	179	62.8	
Masculino	4	1.4	20	7.0	38	13.3	44	15.4	106	37.2	
Total	11	3.9	46	16.1	94	33.0	134	47.0	285	100.0	
Año de la carrera que cursa											
Primer año	0	0.0	14	4.9	31	10.9	49	17.2	94	33.0	
Segundo año	8	2.8	15	5.3	31	10.9	38	13.3	92	32.3	
Tercer año	3	1.1	17	6.0	32	11.2	47	16.5	99	34.7	
Total	11	3.9	46	16.1	94	33.0	134	47.0	285	100.0	

Fuente. Encuesta realizada a estudiantes de áreas básicas de la carrera medicina, UNAN-Managua, sobre CAP de AE, Feb-Mar, 2020.

Tabla 13. Sexo y año de la carrera que cursa vs actitud de los estudiantes de medicina, UNAN-Managua, periodo febrero - marzo 2020.

Sexo y año de la carrera que cursa	Actitud						Total	
	Favorable		Neutral		Desfavorable		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Sexo								
Femenino	111	38.9	48	16.8	20	7.0	179	62.8
Masculino	65	22.8	30	10.5	11	3.9	106	37.2
Total	176	61.8	78	27.4	31	10.9	285	100.0
Año de la carrera que cursa								
Primer año	56	19.6	30	10.5	8	2.8	94	33.0
Segundo año	60	21.1	22	7.7	10	3.5	92	32.3
Tercer año	60	21.1	26	9.1	13	4.6	99	34.7
Total	176	61.8	78	27.4	31	10.9	285	100.0

Fuente. Encuesta realizada a estudiantes de áreas básicas de la carrera medicina, UNAN-Managua, sobre CAP de AE, Feb-Mar, 2020.

Tabla 14. Sexo y Año de la carrera que cursa vs prácticas de los estudiantes de medicina, UNAN-Managua, periodo febrero - marzo 2020.

n=82

Sexo y año de la carrera que cursa	Prácticas				Total	
	De Riesgo		Sin Riesgo		N°	%
	N°	%	N°	%		
Sexo						
Femenino	18	22.0	30	36.5	48	58.5
Masculino	9	11.0	25	30.5	34	41.5
Total	27	33	55	67	82	100.0
Año de la carrera que cursa						
Primer año	8	9.8	17	20.7	25	30.5
Segundo año	7	8.5	16	19.5	23	28.0
Tercer año	12	14.6	22	26.8	34	41.5
Total	27	32.9	55	67.1	82	100.0

Fuente. Encuesta realizada a estudiantes de áreas básicas de la carrera medicina, UNAN-Managua, sobre CAP de AE, Feb-Mar, 2020.

Tabla 15. Conocimientos vs Actitud de los estudiantes de medicina, UNAN- Managua, periodo febrero - marzo 2020.

n=285

	Actitud						Total	
	Favorable		Neutral		Desfavorable			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Muy Bueno	8	2.8	2	0.7	1	0.4	11	3.9
Bueno	30	10.5	12	4.2	4	1.4	46	16.1
Regular	64	22.5	21	7.4	9	3.2	94	33.0
Deficiente	74	26.0	43	15.1	17	6.0	134	47.0
Total	176	61.8	78	27.4	31	10.9	285	100.0

Fuente. Encuesta realizada a estudiantes de áreas básicas de la carrera medicina, UNAN-Managua, sobre CAP de AE, Feb-Mar, 2020.

Tabla 16. Conocimientos vs Prácticas de los estudiantes de medicina, UNAN- Managua, periodo febrero - marzo 2020.

n=82

	Practica				Total	
	De Riesgo		Sin Riesgo			
	N°	%	N°	%	N°	%
Muy Bueno	2	2.4	2	2.4	4	4.9
Bueno	7	8.5	11	13.4	18	22.0
Regular	9	11.0	22	26.8	31	37.8
Deficiente	9	11.0	20	24.4	29	35.4
	27	32.9	55	67.1	82	100.0

Fuente. Encuesta realizada a estudiantes de áreas básicas de la carrera medicina, UNAN-Managua, sobre CAP de AE, Feb-Mar, 2020.